Rok XXXVIII. Kraków, 26 Sierpnia 1899. Nr. 34.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 26 Sierpnia 1899. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika w Krakowie.

O leczeniu chirurgicznem puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis* [1]).

Podał

Docent chirurgii Dr. Aleksander Bossowski

kierownik oddziału.

Postępowanie chirurgiczne wobec przesięków do jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*) ograniczało się aż do ostatnich czasów na wypuszczeniu płynu wolnego z jamy brzusznej przez nakłócie, skoro ilość jego wzmogła się do tego stopnia, że ztąd wynikły nadmierny ucisk śródbrzuszny sprowadzał przykre i ciężkie przypadłości dla chorego. Symptomatyczny ten zabieg, mający przeto jedynie znaczenie chwilowej ulgi dla chorego, powtarzano też wielokrotnie zazwyczaj w coraz krótszych odstępach czasu, ilekroć powtórzyły się zaburzenia, idące w parze z ponownem nagromadzeniem się cieczy przesączynowej.

Jak znacznej liczby dosięgały nieraz nakłócia brzucha, za przykład posłużyć może chory Pütza [1]), u którego w przeciągu trzech lat wykonano 47 nakłóć jamy brzusznej i wypuszczono ogółem 1200 litrów cieczy przesączynowej.

Uznany dzisiaj powszechnie wpływ nader korzystny, — bo stwierdzony setkami spostrzeżeń, — jaki wywiera proste otwarcie jamy brzusznej na leczenie wysięków towarzyszących gruźlicy otrzewnej, nie przyniósł żadnej zmiany w działalności, a raczej bezwładności chirurgicznej wobec gromadzenia się przesączyny w przebiegu marskości wątroby, gdyż podstawowe tło tego objawu chorobowego, t. j. schorzenie wątroby jako takie w okresie puchliny brzusznej nie obudzało żadnej nadziei wyleczenia, a różnice pochodzenia jednej i drugiej postaci płynu wolnego w jamie brzusznej odsuwały daleko myśl jakiejkolwiek analogii w leczeniu. Wszak powszechnie rokowanie co do uleczalności wątroby marskiej nie jest pomyślne, a poszczególni autorowie, jak Hale White [2]) i inni, uważają nawet pojawienie się puchliny brzusznej w przebiegu tej choroby za zapowiedź blizkiego zgonu. A jednak nie brak i dawniej spostrzeżeń, które przemawiały za przyciśnięciem częstokroć na długo sprawy chorobowej w wątrobie, a nawet za zupełnem wyleczeniem mimo kilkoletniego trwania choroby i pojawienia się puchliny brzusznej.

I tak Strümpell wspomina o przypadku, uleczonym po sześcioletniem trwaniu marskości wątroby i 15 nakłóciach, dokonanych z powodu puchliny brzusznej.

Lauenstein [3]) przedstawił w Towarzystwie lekarskiem w Hamburgu chorego, u którego w przebiegu marskości wątroby wykonano 8 razy nakłócie brzucha, poczem puchlina brzuszna ustąpiła w zupełności, a wątroba i śledziona, badane po $2^1/_2$ latach, okazywały wielkość prawidłową. Równocześnie przytoczył Lauenstein drugi przypadek, leczony przezeń przed kilku laty w szpitalu portowym, w którym po zrobieniu trzechkrotnego nakłócia resztki puchliny brzusznej ustąpiły same przez się, a rozciągnięty przez kilka lat następnych nadzór nad chorym stwierdził trwały powrót do zdrowia. To też podnosząc zbawienny wpływ dokonanych nakłóć na przebieg marskości wątroby w obu przypadkach skłania się Lauenstein raczej do za częstych, niż zbyt rzadkich nakłóć.

Wielokrotne spostrzeżenia kliniczne świadczą, że samo otwarcie jamy brzusznej w przypadkach złośliwych guzów w brzuchu, nie dających się usunąć przez zamierzoną operacyę, wydaje nieraz ten szczęśliwy skutek, że doprowadza je do częściowego lub zupełnego zaniku, jak dowodzą przypadki Lawson Taita [4]), Mackenrodta [5]) i innych.

Niespodziewany również i nader pomyślny wpływ zauważył Raymond [6]) po laparotomii, wykonanej u kobiety 38-letniej w przypadku znacznego przerostu śledziony z równoczesnym obfitym przesiękiem do jamy brzusznej. Gdy poprzednie, kilkakrotne nakłócia brzucha nie powstrzymały ponownego gromadzenia się cieczy przesączynowej, wykonał Raymond laparatomię w zamiarze wyłuszczenia guza, sięgającego z lewego podżebrza aż poniżej pępka, który to guz uważał Raymond za nowotwór. Stwierdziwszy po otwarciu jamy brzusznej silne zrosty ustalające guz i właściwą jego przyrodę, t. j. przerost śledziony, zamknął jamę brzuszną i przez ten niedokończony zabieg operacyjny osiągnął tyle, że przerosła śledziona pomniejszyła się rychło, a puchlina brzuszna już więcej się nie pojawiła. Te zagadkowe i nieobliczone bądź co bądź wyniki wraz z ustalonem już doświadczeniem na punkcie uleczalności wysięków gruźliczych do jamy brzusznej, przemawiają bezsprzecznie za wybitnym odczynem otrzewnej na zabiegi operacyjne w niej dokonane, jak również za niewytłómaczonem bliżej oddziaływaniem prostego otwarcia jamy brzusznej na różnorodne tkanki chorobowe, rozrastające się w niej pod wpływem bodźców zapalnych, a nawet nowotworowych. Ściślejsze rozpatrywanie objawów klinicznych i zmian histologicznych w przypadkach marskości wątroby i wyróżnienie na tych podstawach dwóch głównych typów zasadniczych tej choroby, t. j. formy żylnej i żółciowej (Charcot, Hanot, Dieulafoy), między którymi to typami wydarzają się również formy pośrednie, tak zwane mięszane (Dieulafoy, Surre i inni), oddzielenie głównie przez autorów włoskich, De Renzi, Semmola i Cirelli z pośród postaci marskości żylnej dwóch odmian: wyskokowej i zimniczej, tej ostatniej mianowicie dostępniej-

[1]) Według odczytu, w[ygłoszonego] na IX Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 1[8] i 19 lipca 1899 r.

szej uleczeniu, skierowały baczniejszą uwagę na całą sprawę chorobową i poszczególne jej objawy.

Równocześnie z wyodrębnieniem w marskości wątroby formy żółciowej *(cirrh. biliaris)* choroby *sui generis*, wyłaniają się poglądy, że w etyologii jej odgrywa główną albo przeważną rolę zakażenie dróg żółciowych. Zapatrywanie to, wyrażone między innemi w pracy Boineta [7]), opartej na podstawie objawów klinicznych i badania anatomicznego 7 przypadków, poparły wyniki poszukiwań Gilberta i Fourniera, którzy w przebiegu marskości wątroby wykazali w wątrobie i śledzionie prątek okrężnicowy *(bacill. coli)*.

Delagénière [8]), hołdując tym samym przekonaniom, podjął u 30-letniej alkoholistki z marskością wątroby i zaburzeniami w przewodzie pokarmowym laparotomię, śród której przyszył obniżoną, wielką wątrobę marską do łuku żebrowego i wykonał równocześnie cholecystostomię. Wypływająca w pierwszych dniach z przetoki worka żółciowego ciecz szklista, śluzowa, mętna zawierała prątek, podobny do prątka okrężnicowego *(bacter. coli)*, po kilku dniach przybrała dopiero cechy żółci, a niebawem okazała się wolną od drobnoustrojów. Przetoka woreczka żółciowego zamknęła się sama przez się po kilku tygodniach, a chora, badana po upływie roku, wróciła do zupełnego zdrowia i odbyła prawidłowy poród i połóg.

Z innego założenia, ugruntowanego na planie świadomym celu i w myśli poprawienia przez laparotomię stosunków anatomicznych krążenia krwi w żyle bramnej, zaburzonych w przebiegu marskości wątroby, wyszedł Talma [9]), który wkrótce potem ogłosił przypadek, dotyczący 9-letniego chłopca, u którego marskość wątroby rozwinęła się po przebytej ostrej chorobie z zajęciem nerek i wątroby, a towarzyszyło jej równoczesne powiększenie śledziony i znaczny przesięk nagromadzony w jamie brzusznej. Po pięciokrotnem nakłóciu brzucha, gdy puchlina brzuszna statecznie powracała, skłonił Talma chirurga v. Eiselsberga do wykonania laparotomii, śród której wszyto sieć i worek żółciowy w ranę brzuszną. Wynik operacyi był ten, że przesączyna brzuszna nie zebrała się więcej, ale wątroba pozostała wielka i twarda, a śledziona powiększyła się jeszcze znaczniej, tak, że po dwóch miesiącach dosięgła więzu Pouparta. Wówczas Narath przy powtórnej laparotomii zaszył śledzionę w kieszeń między skórą i mięśniami brzucha z tym skutkiem, że po sześciu tygodniach śledziona zmniejszyła się znacznie, a po dwóch latach chłopiec przedstawił się w stanie zupełnie zadawalniającym bez puchliny brzusznej z śledzioną i wątrobą małą, działającą prawidłowo. Żyły skórne oboczne już w 9 dni po pierwszej laparotomii silnie wypełnione krwią, rozwinęły się w gęstą sieć grubych naczyń, ciągnących się od blizny operacyjnej w okolicy wątroby i śledziony aż do przestworów międzyżebrowych.

Wobec osiągniętego wyniku uważa Talma zalecony przez siebie zabieg operacyjny za zupełnie usprawiedliwiony w razach utrudnionego przepływu krwi przez żyłę bramną, a to w celu wytworzenia krążenia obocznego z obejściem drogi przez żyłę bramną. Jako warunek konieczny do osiągnięcia wydatnego skutku z operacyi postawił jednak Talma utrzymaną jeszcze w komórkach wątrobowych zdolność do prawidłowej czynności i dlatego zaleca podjęcie operacyi we wczesnych okresach marskości wątroby.

Zajmujący ten przypadek Talmy pobudził w dalszym ciągu Tillmanna do wykonania doświadczeń na zwierzętach, aby rozstrzygnąć pytanie, czy możliwem jest wytworzenie należytego krążenia obocznego, jeśli żyła bramna jest zupełnie, lub prawie zupełnie zamknięta. Jakkolwiek bowiem znaną jest rzeczą, że prawidłowo już istnieją liczne połączenia między żyłą bramną i żyłą główną dolną, to jednak doświadczenie poucza, że połączenia te nie wystarczają zazwyczaj do wyrobienia się na trwałe należytego krążenia obocznego.

Wynik doświadczeń Tillmanna był ten, że zginęły wszystkie zwierzęta, u których podwiązał żyłę bramną, lub żyłę krezkową przed ujściem do niej żył żołądka i śledziony, nawet jeśli równocześnie przyszył sieć do przedniej ściany brzucha. Natomiast pies, któremu poprzednio wszył sieć między skórę i mięśnie brzuszne i przez podrażnienie otrzewnej wywołał zrosty między jelitem i otrzewną ścienną, a następnie dopiero przy wtórnej laparotomii podwiązał żyłę krezkową, przetrzymał zabieg operacyjny, a nawet przeżył podwiązanie żyły bramnej, którego dokonał Tillmann za trzecią laparotomią. Po wygojeniu się ran laparotomijnych stwierdzono znaczne rozwinięcie się szerokich żył podskórnych, przebiegających z dolnych części brzucha ku górze. Sekcya psa zabitego po 12 tygodniach wykazała, że żyła krezkowa zamieniła się w postronek łączno-tkankowy, a podwiązka nałożona na żyłę bramną wprawdzie leżała na miejscu pierwotnem, lecz nie zamykała zupełnie naczynia, gdyż pozostał jeszcze kanał grubości szpilki, a wątroba okazała silne nacieczenie tłuszczowe, występujące pod postacią wysp. Kończąc swoją rozprawę dodaje Tillmann, że wynik, jaki wydały powyższe doświadczenia, ma szczególnie ważne znaczenie dla zakrzepu żyły bramnej, którego rokowanie jest, jak wiadomo, bardzo niepomyślne.

W przypadkach marskości wątroby, jakoteż wobec guzów nie nadających się do operacyi, które, wywierając ucisk na żyłę bramną, stanowią przeszkodę dla krążenia w niej krwi, można spodziewać się skutku przez wytworzenie drogą operacyjną krążenia obocznego.

W ostatnich miesiącach ogłosił Neumann [11]) przypadek marskości wątroby z równoczesną puchliną brzuszną u 45-letniej kobiety, przywykłej do nadużywania napojów wyskokowych, u której, zachęcony wynikiem pomyślnym Talmy i rezultatami doświadczeń Tillmanna, wykonał laparotomię i zapomocą łyżeczki zeskrobał śródbłonek z otrzewnej ściennej po obu brzegach rany brzusznej i do powierzchni tak obranionych przymocował sieć. Już w 10 dni po operacyi zauważył on znaczne rozszerzenie żył około pępkowych, a w 5 miesięcy później badana chora czuła się zdrową, przybrała na tuszy i nie okazywała ani śladu puchliny brzusznej. Wątroba utrzymywała się jeszcze wielka i twarda. Sieć żylna około pępka rozwinęła się znacznie, pojedyncze żyły ciągną się aż do przestworów międzyżebrowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z pracowni chemicznej kliniki lekarskiej Prof. Dra Ant. Gluzińskiego we Lwowie.

Wpływ soli mineralnych na przemianę materyi w gorączce.

Podał
Dr. W. D. Moraczewski.

(Dokończenie).

Badanie wpływu soli miało na celu zmianę sprawy gorączkowej. Wyszliśmy z założenia, że jednym z powodów strat azotu w gorączce jest rozwodnienie ustroju. Ażeby zapobiedz wsiąkaniu wody w tkanki, dodawaliśmy takie ilości soli, które potrafiłyby koncentracyę organizmu utrzymać w równowadze i przez swą obecność we krwi wywołać raczej prąd wody z narządów do krwi, a nie odwrotnie. Wiemy z doświadczeń Grawitza, że podawanie soli kuchennej wywołuje rozwodnienie krwi, oczywiście kosztem wody tkanek. Z doświadczeń naszych odnieśliśmy wrażenie, że czasami udaje się rzeczywiście zmniejszyć ilość wydzielonego azotu, szczególnie jeżeli podajemy mięszaninę soli kuchennej i fosforanu wapna, czasami i sama sól kuchenna, albo chlorek potasu wpływa na zmniejszenie azotu. W każdym razie napotykaliśmy obok wyraźnego działania brak zupełny, albo zgoła powiększenie azotu. Nie trzeba zapominać, że sól kuchenna obok własności wysalania ma inne wpływy, które mniej są w tym razie korzystne. Obok przesiąkania w tkanki, może sól kuchenna działać drażniąco, mieć własności moczopędne itd. Wszystkie te wpływy nie przyczyniają się do prostoty wyników. Ilość moczu stale się powiększała, co z jednej strony zmniejszać musiało wodnistość tkanek, ale obok tego wywoływało większe straty azotu. Ilość tosforanów także stale bywała powiększona i tylko w tych przypadkach, w których podawaliśmy chlorek sodowy, fosfor dosięgał liczb, które w stosunku do azotu mieć powinien. Dowodzi to, że sól kuchenna zastępowała fosforany i pozwalała im opuszczać ustrój. Podobnie wpływała sól kuchenna na wydzielanie wapna. Ilekroć podawaliśmy sól, tyle razy sole wapniowe wydzielały się obficiej przez nerki i jelita. Wnosić stąd można, że sól kuchenna wypierała nie tylko fosforany, ale i sole wapniowe, a to dla swej zupełniejszej dyssocyacyi i większej ruchliwości jonów.

Obok środków, rozwadniających krew, mamy w solach srebra, rtęci itd., środki zgęszczające krew. Próby, dokonane z azotanem srebrowym, przekonały nas, że wydzielanie azotu pod wpływem srebra jest znacznie silniejsze, natomiast wydzielanie chlorków słabsze. Obok tego wpływa srebro na powiększenie ilości wapna. Na wydzielanie fosforu nie wpływa widocznie. Otóż zgęszczenie krwi, jeżeli sole srebra i w gorączce zgęszczająco działały, ma skutek wręcz przeciwny rozwodnieniu, które, jak mówiliśmy wyżej, wpływa na zmniejszenie wydzielenia azotu.

Godny uwagi wydaje nam się inny wpływ podawania soli kuchennej oto skrócenie rekonwalescencyi. Wiadomo, że po przełomie chlorek sodowy wydziela się obficiej, fosfor spada, sprawa ta jednak trwa bardzo długo. Tymczasem przy podawaniu soli kuchennej nie tylko fosforany spadają szybciej, bo w przeciągu trzech do czterech dni, ale i chlorki bardzo wcześnie zaczynają wydzielać się nadmiernie. Prawdopodobnie należy to przypisać dokładniejszemu przepłókaniu ustroju.

Wyraźniej, niż sole, wpływa na zmniejszenie azotu cukier. Doświadczenia Maya zgadzają się w zupełności z naszemi próbami. Cukier wpływa na zmniejszenie diurezy i tem samem obniża ilość azotu. Cukier nie pędzi moczu, jak sole; prawdopodobnie nie przechodzi w tkanki tak szybko i może dla tego dłużej utrzymuje wodę we krwi. Cukier ma ten sam wpływ, co sole, ale podczas gdy sole po pewnym czasie wsiąkają w tkanki i wyrównywają stężenie organizmu, znosząc różnicę, jaka powstała przez rozwodnienie krwi, to cukier, jako cząsteczka większa, zwolna, albo wcale do tkanek nie przechodzi, spala się we krwi i tym sposobem dłużej utrzymuje wodnistość krwi.

Do wniosku tego upoważniają nas doświadczenia botaników, np. Pfeffera, Overtona i innych, którzy wykazali nieprzenikliwość tkanek dla cukru mimo przenikliwości dla soli, alkoholu itp. W każdym razie pierwszą część twierdzenia, jako popartą doświadczeniem radzibyśmy utrzymać w całości. Druga jest przypuszczeniem, wymagającem sprawdzenia.

Nie próbowaliśmy wpływu tłuszczu na wydzielanie azotu, a to z tej przyczyny, że spalanie w gorączce tłuszczów nie dosięga. Tłuszcze podawane były przez zwolenników dosyć jednostronnych teoryi spalania w ustroju. Dla tych, którzy uwzględniają jedynie wartość kalorymetryczną pożywienia, oczywiście tłuszcz lepszy jest dwa razy od węglowodanów, bo daje 9 kaloryi, kiedy cukier daje tylko 4; ale nie należy zapominać, że gorączka usposabia do zatłuszczenia narządów, przy czem — mówiąc nawiasem — nie różni się od niedokrewności, w których ustrój również wodnieje, również zatrzymuje chlorki i również wydziela nadmiernie azot i fosfor. Jeżeli tedy sprawa gorączki, przy której spalanie jest wzmożone (Loewy), przy której spalają się białka silniej, niż zwykle jeżeli sprawa w rozwodnionym, rozcieńczonym ustroju doprowadza do tworzenia się nadmiernego tłuszczów, to wydaje mi się, że pożywienie, obfitujące w tłuszcze, byłoby zupełnie bezużyteczne. Bo przedewszystkiem uległby spaleniu tłuszcz, powstały nadmiernie w ustroju, gdyby sprawa gorączkowa mogła tłuszcze spalać. Wstręt, który czują gorączkujący do tłuszczu, jest niejako usprawiedliwiony.

Streszczając nasze wnioski możemy raz jeszcze potwierdzić spostrzeżenia Hösslina, Bussa, Leydena i innych, że dostarczenie jak największej ilości pożywienia wpływa dodatnio na wydzielanie azotu. Zarówno w czasie gorączki, jak w czasie bezgorączkowym obfitująca w azot żywność doprowadza w gorączce do stosunkowo małych strat, w czasie pogorączkowym do większych zysków. Dodawanie cukru do jadła zmniejsza również ilość wydzielonego azotu, oszczędza azot, pociąga jednak za sobą skąpe wydzielanie wody i przedłuża czas rekonwalescencyi. Sole mineralne wpływają na zmniejszenie azotu, szczególniej przy obfitującem w azot pożywieniu, wywołują bardzo znaczną diurezę i skracają przez to czas rekonwalescencyi. Chlorek sodu może zastąpić inne sole ustroju w gorączce i wywołuje silniejsze wydzielanie fosforanów, lekkich metali i wapna. Chlorek potasowy zachowuje się podobnie. Azotan srebra powoduje silniejsze wydzielanie azotu i wpływa głównie na wydzielanie wapna. Fosforany na równi z azotem pozostają w większej obfitości, niezależnie od pożywienia i dlatego wydzielają się szczodrzej.

Część fosforanów zatrzymywana bywa stale w gorączce i tylko wtedy wydzielają się fosforany zupełnie, jeżeli może je zastąpić należyta ilość chlorków. Sole wapniowe na równi z chlorkami nie wydzielają się nadmiernie w czasie gorączki, zatem w moczu i w kale znajdujemy ich zaledwie ślady, ponieważ zwykle krążące sole zostały wessane, a rozkład ustroju dostarcza przeważnie tylko fosforanów, nie zaś chlorków i wapna. Sole wapniowe ulegają szczególnemu zatrzymaniu na dzień przed przełomem. Stosunek wapna do fosforu w kale jest w czasie gorączki mniejszy, niż w czasie pogorączkowym. Po przełomie ilość fosforu i azotu się wzmaga, a ilość chlorków i wapna spada na czas krótki, poczem następuje spadanie pierwszych, a podnoszenie się drugich.

III. Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego *(Dementia paralytica).*

Podał

Dr. Mieczysław Switalski.

(Dokończenie).

U chorych 4, 13, 56, 58, 65, 69, 74, 84, 90, 106, 108 wywiady wykazują uraz w głowę, którego doznali krótszy lub dłuższy czas przed początkiem choroby. I tak 7-miu chorych doznało go bardzo dawno, 5-ciu zaś w ostatnich latach. U jednego z nich pierwsze objawy paraliżu postępowego wystąpiły bezpośrednio po urazie. Podobne przypadki spotykamy podane w literaturze przez Mendla, Langego, Balla, Christiana Oebeckego, Aschera, Meyera, Krafft-Ebinga, Mechego i innych. Hirschl, który wśród 175 chorych wykazał uraz głowy 13 razy, nie przyznaje temu czynnikowi żadnego znaczenia, a to z tego powodu, że u jednych czas między urazem a początkiem choroby był zbyt długi, część zaś tych chorych przechodziła kiłę, co wedle autora wystarcza do powstania paraliżu. Christian, który zebrał 100 przypadków chorób umysłowych po urazie w głowę, wykazał między nimi 40-tu paralityków. Gudden jest zdania, że szczególnie paraliż, występujący w wieku młodym, jest następstwem urazu w głowę. O szkodliwym wpływie silnych wstrząśnień fizycznych, uderzeń w głowę, wątpić nie można. Swiadczą o tem liczne przypadki nerwic urazowych, nie licząc tych przypadków, gdzie po nich występują objawy lżejszej lub cięższej neurastenii. W przypadkach, gdzie uraz od początku paraliżu dzieli znaczny przeciąg czasu, trudno go uważać za przyczynę choroby; działa on w tych razach raczej jako czynnik, zmniejszający odporność układu nerwowego i robi go bardziej wrażliwym na inne szkodliwości. W przypadkach, gdzie choroba rozwija się bezpośrednio po urazie, mamy zupełne prawo przyjąć go za czynnik przyczynowy, n. p. u chorych nr. 4, 69.

Dalsze pytanie, nad którem wypada się zastanowić, jest: czy nadużywanie wyskoku wywołuje paraliż postępowy.

Niektórzy psychiatrzy, szczególnie francuscy, sądzą, że nadużywanie wyskoku przyczynia się do powstania paraliżu, inni natomiast przyznają mu pierwszorzędne znaczenie. Kaes podaje alkoholizm jako najważniejszą przyczynę paraliżu; na drugiem miejscu stawia obciążenie dziedziczne, na trzeciem kiłę, podczas gdy Gudden za najważniejszy czynnik uważa obciążenie, dalej dopiero alkoholizm. Znaczną doniosłość przyznają mu Meynert, Oebecke; małe odsetki wykazują Ziehen 17%, Westphal 3·4% Lange 17%; Hirschl odmawia mu wielkiego znaczenia. Joffroy uważa alkoholizm rodziców za ważniejszy czynnik etyologiczny młodzieńczego paraliżu postępowego, aniżeli kiłę. Z chorych, objętych w tablicy II, można u 11 wykazać nadużywanie wyskoku, co stanowi stosunkowo niewielki odsetek. Psychiatrzy, którzy odmawiają znaczenia w paraliżu postępowym nadużywaniu alkoholu, zwracają uwagę na tę okoliczność, że wśród tylu pijaków, których ma społeczeństwo, tylko tak mała liczba zapada na paraliż. Jakkolwiek twierdzenie to jest słuszne, nie można przeczyć, że wyskok jest szkodliwością, której znaczenia dla organizmu odmówić nie można. Ta ilość wyskoku, która u jednego działa trująco, u innego pozostaje bez wpływu. Dane wywiadowe, szczególnie tutaj, nie zawsze są prawdziwe i zależą od pojmowania, co jest nadużywanie alkoholu. Słusznie zauważyć można, że przodkowie nasi pili również, a może i więcej, aniżeli dzisiejsze pokolenia, a przecież w owych czasach paraliż nie był znany. Nie powinniśmy jednak zapominać, że pili oni napoje, które ilościowo zawierały znacznie mniej wyskoku, nie używali go w postaci tak zgęszczonej jak wódka, a co najważniejsza, napoje ich nie zawierały fuzlu, i to najwięcej ilości nieznaczne. Dla organizmu nie jest obojętnem, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku, wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy też zgęszczonym. Jakkolwiek trudno twierdzić, żeby nadużywanie wyskoku wywoływało chorobę o której mowa, to nie ulega wątpliwości, że usposabia on układ nerwowy bardzo silnie do schorzenia i to nietylko u tego samego osobnika, ale i u jego potomstwa. Mniej jeszcze wiemy o działaniu kawy, herbaty, tytoniu i t. p. Że nie działają one dodatnio, nie ulega wątpliwości, są to jednak czynniki, których się w wywiadach nie uwzględnia. Nadużywanie morfiny jest za mało rozpowszechnione, żeby je można przyjąć za ważny czynnik etyologiczny. U dwóch chorych nr. 10 i 26 wiemy z wywiadów, że byli morfinistami. Pierwszy z nich przechodził kiłę, drugi jest dziedzicznie obciążonym. Nie można wątpić, że morfina wywarła tylko ujemny wpływ na układ nerwowy, a może nawet przyczyniła się do wywołania samej choroby.

Po chorobach zakaźnych niezbyt rzadko występują w okresie zdrowienia rozmaite psychozy w przeciwieństwie do paraliżu postępowego. Trudno zaś przypuścić, żeby dur brzuszny, zapalenie płuc, ospa i t. p. choroby, przebyte przed kilku laty, były powodem obecnej choroby. Od czasu kiedy w Europie rozpowszechniła się grypa, ogłoszono kilka przypadków, gdzie paraliż postępowy wystąpił bezpośrednio po niej. Należy tu raczej przypuścić, że chory, który dostał grypy, był już w początkowym okresie paraliżu postępowego, który rozpoznano dopiero po chorobie.

Nadmierną pracę fizyczną wymieniają również niektórzy, jako czynnik przyczynowy paraliżu. Nie można jej jednak uważać za czynnik działający bezpośrednio. Wysiłki fizyczne przy niedostatecznem odżywieniu tylko podkopują organizm i tą drogą działać mogą osłabiająco na jego część, t. j. układ nerwowy. Same jednak trudy fizyczne, choćby były najznaczniejsze, nie mogą wywołać paraliżu postępowego.

O wiele większe znaczenie przyznać musimy nadmiernej pracy umysłowej i urazom psychicznym; bodaj czy nie są one jednym z najważniejszych czynników w etyologii paraliżu. Czynność umysłowa jest wynikiem spraw życiowych kory mózgowej. Długi czas trwająca praca wywołuje wreszcie zmęczenie elementów korowych, co podmiotowo odczuwamy jako znużenie i senność, która jest niejako wskazówką, że układ nerwowy jest wyczerpany. W zwykłych warunkach zaprzestajemy wtenczas pracy. Jeżeli jednak czynności towarzyszy wzruszenie umysłowe, choćby tylko w postaci niezwykłego zajęcia się tą czynnością, to albo nie odczuwamy wtenczas zmęczenia, które rzeczywiście istnieje, albo staramy się je usunąć środkami podniecającymi, koniakiem, kawą, herbatą i t. p. Pracujemy dalej aż do wyczerpania, aż do uszkodzenia kory mózgowej, która jest podstawą naszych czynności umysłowych. Jeżeli się to częściej, albo nawet codziennie powtarza, to skutki znużenia nie mogą się wyrównać w czasie odpoczynku i przychodzi do stałego uszkodzenia kory mózgowej, które się objawia zwiększeniem pobudliwości sfery uczuciowej, upośledzeniem snu i zmniejszeniem czynności umysłowych. Otrzymujemy w ten sposób obraz kliniczny neurastenii z oznakami wrażliwości, upośledzeniem pamięci i t. p. i t. p. Nieznaczne te objawy ustępują po dostatecznym wypoczynku, ale stają się niebezpieczne, jeżeli praca wśród wspomnianych warunków trwa dalej.

Jeszcze może szkodliwiej działają silne wzruszenia umysłowe, wywołane wyobrażeniami niemiłej treści, jak żal, trwoga, gniew, zwątpienie. Wzruszeniom tym umysłowym towarzyszą zmiany w czynności serca, ciśnieniu krwi i oddechaniu. Przypatrzmy się tylko człowiekowi, który się przestraszył; przedewszystkiem uderzy nas bladość twarzy, wywołana nagłem zwężeniem się naczyń na powłokach zewnętrznych, które następuje również i w naczyniach mózgu. Przeciwieństwo do tego stanowi człowiek w afekcie gniewu, którego układ tętniczy mózgu jest krwią przepełniony, naczynia rozszerzone. Łatwo zrozumieć, że podobne różnice w ciśnieniu krwi nie mogą dodatnio wpływać na odżywienie mózgu, szczególnie jeżeli się często powtarzają. W podobny sposób działają troski i zmartwienia. Jakkolwiek nie wywołują one tak gwałtownych zaburzeń w krążeniu, działają jednak dłuższy czas, a nadto upośledzają sen, nie dozwalając znużonemu mózgowi wypocząć. W parze idzie upośledzone łaknienie, wpływające niekorzystnie na odżywienie ogólne, na mieszaninę krwi, i w ten sposób jedna szkodliwość wikła się z drugą.

Nie ulega wątpliwości, że różnice osobnicze są tu znaczne, tak co do samej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, jak i co do oddziaływania na nie. Wzruszenia umysłowe działają szkodliwiej na ludzi wrażliwych, o znacznej pobudliwości naczyniowej, aniżeli u osobników biernych. Oprócz różnic osobniczych musimy także wziąść w rachubę i zawód osobnika. Nie każda czynność, nie każde zajęcie nastręcza równą ilość powodów do wzruszeń. I tak naprzykład zawód urzędnika kolejowego, oficera, finansisty jest bardziej umysłowo wytężającym i dającym powód do wzruszeń psychicznych, aniżeli zawód księdza, nauczyciela ludowego, albo wieśniaka i t. p. Niektórzy lekarze wspominają o znacznem wzmożeniu się paraliżu postępowego po wojnach. Musimy tutaj uwzględnić, oprócz znacznych wysiłków fizycznych, niedostatecznego snu, wpływów ciepłoty, wysiłki umysłowe z powodu odpowiedzialności, wrażenia odniesione w bitwach, obawę przed śmiercią, troskę i żal po utracie krewnych i przyjaciół.

Streszczając to, cośmy powyżej powiedzieli, przyjdziemy do przekonania, że na powstanie paraliżu postępowego składa się zwykle kilka szkodliwości.

Obciążenie dziedziczne jest ważnym czynnikiem w etyologii paraliżu, tak jak pewna **wrodzona skłonność**, polegająca **na jakichś chemiczno-anatomicznych stosunkach w mózgu**, których do dzisiaj nie znamy. Skłonność tę zwiększa jeszcze w bardzo znacznym stopniu przebyta kiła, która w przeważnej liczbie przypadków może sama wywołać schorzenie. Częściej jednak dołączają się jeszcze inne szkodliwości, a przedewszystkiem urazy psychiczne i wywołują w mózgu sprawę chorobową, dającą klinicznie obraz paraliżu postępowego.

Piśmiennictwo.

Adler: Tabes und progressive Paralyse in ihren Beziehungen zur Syphilis nebst einem terapeutischen Vorschlag (*Centrabl. f. Nerven und Psych.*, 1898). — Alzheimer: Die Paralysis progressiva der Entwickelungsjahre (*Neurolog. Centralbl.*, 1894). — Ascher: Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse (*Allgem. Zeitschr f. Psych.*, T. 46, 1889). — Baillager: Sur la theorie de la paralysie generale (*Annales medico psychol.*, 1883). — Bechterew: Ueber Faserdegenerativ um verlängerten Marke bei der Dementia paralitica (*Centralbl. f. Nervenh. und Psych.*, 1898). — Binschwanger: Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse (Ref.) i Demonstration zur pathologischen Anatomie der allgem. progressiven Paralyse (*Neurolog. Centralbl.*, 1894 i 1891). — Brie: Syphilis und Dementia paralitica (*Dissertation, Breslau*, 1886). — Camuset: Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique. (*Annales medico-psychol.*, 1891). — Christian: Recherches sur l'etiologie de la paralysie générale chez l'homme. (*Archives de neurol.* T. 14). — Tenże: Des traumatismes du crâne dans leurs raports avec aliénation mentale. (*Archives de neurol.*, 1889). Cuylits: Syphilis et paralysie générale; tamże: Sur menage et folie paralitique. (*Bul. de la soc. de med. ment. de Biolog.*, 1890). — Delaporte: Des relations de la paralysie générale et de la syphilis. (*Neurol. Centralbl.*, 1890, Ref.). — Dietz: Dementia paralitica und Lues. (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, T. 43, 1883). — Erb: Die Aetiologie der Tabes. (*Volkmanns Saml.*, N. F., Nr. 53). — Erlicki: *Wykładg kliniczne o chorobach umysłowych*, Warszawa, 1897). — Evrad: Contribution a l'etude de l'etiologie de la paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1892). — Fournier: Les affection parasyphilitiques, Paris, 1894 — Goldstein: Ueber die Beziehung der progressiven Paralyse zur Syphilis. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 42, 1886). — Gudden: Zur Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderes Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkomenden Fällen von Paralyse. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Greidenberg: Ueber allgem. progr. Paralyse der Irren bei Frauen. — Hartmann: Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. (*Archiv f. Psych*, T. XV). — Hirschl: Beitrag zur Kenntnis der progressiven Paralyse im jugendlichen Allter und im Senium. (*Wiener klin. Woch.*, 1895, Nr. 31, 32). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Tamże*, Nr. 45). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, T. 14). — Hongberg: Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie der progressiven Paralyse mit Berücksichtigung der Syphilis. (*Zeitschr. f. Psych.*, T. 50, 1894. — Jung: Ueber Paralyse der Frauen. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 35). — Kass: Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemeinen statistischen Bemerkungen. (*Allg. Zeitschr, f. Psych.*, T. 43. Koller: Beitrag zur Erblichkeit der Geisteskranheiten im Canton Zürich i t. d (*Arch. f. Psych.*, 1895. — Kraepelin: Psychiatrie, Leipzig, 1899. — Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1897. — Tenże: Ueber Zunahme und Ursachen der progressiven Paralyse. (*Internat. klin. Runds.*, 1894, Nr. 36. — Tenże: Ueber die Zunahme der progressiven Paratyse im Hinblicke auf sociologische Factoren. (*Jahrbuch für Psych.*, T. 13. 1895). — Tenże: Die progressive allgemeine Paralyse. (*Nothnagels allgem. Pathol. u. Therapie*, T. IX, 2). Krypiakiewicz: Ueber Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen Fall von progressiver Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, 1892). Kundt: Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntnis der progressiven Paralyse. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1894). — Lange: Bidrag til spörgsmalet om Aetiologien of den almin delige fremskridende Paralyse. (*Neurol. Centralbl.* 1883, Ref.). — Mendel: Syphilis und Dementia paralitica. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, Nr. 36). — Tenże: Hereditäre Anlage und progressive Paralyse d. Irren (*Arch. f. Psych*, 1880). Tenże: Die progressive Paralyse, Berlin, 1888. — Tenże: Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, Nr. 17). — Morel Lavallée: Paralysie générale et syphilis. (*Revue de med.*, 1893). — Necke: Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1899.

Nicoulau: De causes de la paralysie générale. (*Annales med. psychol.*, 1893). — Obersteiner: Die Beziehung der Syphilis zur Dementia paralytica. (*Wiener medic. Woch.*, 1883). — Oebecke: Zur Aetiologie der allgem. fortschreitenden Paralyse. (*Allg. Zeitschr, f. Psych.*, 1893). Raymond: Syphilis et paralysie générale. (*Bullet. med.*, 1892). — Richter: Meningitis spinalis syphilitia bei einem Paralityker. (*Neurolog. Centr.*, 1893, Ref.). — Savage: Ueber Verhältnis der allgemeinen Paralyse zur Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887). — Schule: Hirnsyphilis und Dementia paralitica. (*Allg. Z. f. Psych.*, 1871). — Shdanow: Progressive Paralyse bei Frauen, ihre Aetiologie und Verlaufseigenthümlichkeiten. (*Neurol. Centr.*, 1893). Simerling: Statistisches zur Kenntnis der Lehre von progressiven Paralyse der Frauen. *Charite Annalen*, 1888). Snell: Ueber Verhältniss der Dementia paralitica zur Syphilis. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, T. 82). — Sokołowski: Raport de la syphilis et de la paralysie. (*Revue neurol.*, 1895, Ref.). — Specht: Die Mystik im Irresein, Wiesbaden, 1891. — Stark: Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse. (*Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen*, 1890). — Streitberg: Ueber die progressive Paralyse im jugendl. Alter. (*Neurol. Centr.*, 1895). — Tarnowsky: Ueber Syphilis maligna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, 1896) Vallon: Dementia paralitica nach Encephalopatia saturnina. (*Neurolog, Centr.*, 1892, Ref.). — Westphal: Ein fall von progressiver Paralyse bei einem 15 jährigen Mädchen mit anatomischem Befund. (*Charité Annal.*, 1893). — Tenże: Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. (*Tamże*). — Wollenberg: Statistisches und klinisches zur Kenntnis der paralitischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Ziehen: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Friedrich (Lipsk) **Rhinologie, Laryngologie u. Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin.** *F. C. W. Vogel, Lipsk*, 1899.

Rozdrobnienie i rozdział pracy, wywołane przez szybki rozwój odrębnych gałęzi nauk lekarskich, mają wprawdzie pewne zalety, gdyż ułatwiają żywsze doskonalenie się tych gałęzi, jednakże mają także tę wielką wadę, że przyczyniają się do wytwarzania jednostronności. A jednak tylko lekarz ogólnie wykształcony może być dzielnym specyalistą, a nawzajem, i naodwrót lekarz-praktyk nie może dziś obejść się bez niejakiego zapasu wiadomości z zakresu specyalnych gałęzi. Potrzeba ta wzajemnej wymiany zrodziła usiłowania, zdążające ku przywróceniu silniejszego związku różnych gałęzi nauk lekarskich pomiędzy sobą. Nie brakło też szczególnie prac, poświęconych stosunkowi laryngologii oraz otyatryi do ogólnej medycyny i *vice versa*, jak praca Loeriego (Budapeszt r. 1885), dotycząca stosunku chorób gardła, krtani i tchawicy do innych cierpień, jak wyczerpująca monografia Hauga (Monachium 1893) o stosunku chorób uszu do innych chorób, jak osobne rozdziały w zbiorowem dziele Heymanna (Berlin), omawiające cierpienia nosa, gardła i krtani w stosunku do ogólnych zaburzeń ustroju; od kilku lat wychodzą pod redakcyą Hauga (w Monachium) i Bresgena (w Frankfurcie n. M.), omawiane już przez nas na tem miejscu, odczyty, poświęcone związkowi chorób górnego odcinka dróg oddechowych i narządu słuchowego z innemi chorobami. U nas pierwszą w tym kierunku próbę uczynił Dr. Sokołowski w cennej pracy: „O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“ (*Odczyty kliniczne* 113, 114).

Wszystkie te prace przewyższa jednak zupełnością i rozmiarami dzieło Friedricha. Autor nietylko zebrał luźno w piśmiennictwie rozrzucone wiadomości, lecz uzupełniwszy je własnemi spostrzeżeniami, ułożył systematycznie i bardzo przeglądowo, przez co książka jego staje się wybornym poradnikiem dla każdego lekarza, bez względu na dział nauki, któremu się poświęcił. Nagromadzony przez siebie materyał opracował autor nader krytycznie, wyjaśniając spostrzeżenia trafnemi uwagami, a rozmaite teorye poddając sprawiedliwej ocenie, przyczem opierał się ściśle na podstawie danych anatomicznych, fizyologicznych i patalogicznych.

Na kaszel pochodzenia wrzekomo żołądkowego jakoteż na rzekomą zależność ropienia usznego od próchnicy zębów zapatruje się Friedrich sceptycznie, wykazując słabe strony spostrzeżeń, mających dowodzić tego związku. Roztrząsnawszy krytycznie związek skurczu głośni z krzywicą, wyraża autor zdanie, że „*laryngospasmus* u dzieci jest wyrazem nadmiernej pobudliwości wszystkich mięśni oddechowych, która występuje często u dzieci w połączeniu z objawami kurczowymi przy usposobieniu krzywiczem na tle zaburzeń trawienia“ (str. 82). — Zaburzenia błędnikowe, pojawiające się w dnie w postaci zbioru objawów Ménierea wolałby F. odnieść do chorób naczyń, miażdżycy tętnic, prawie zawsze dnie towarzyszących (str. 32). *Ictus laryngis* omawia F. w związku z dną, otyłością i moczówką, podając równocześnie dokładny obraz tego przypadu, powstawanie zaś jego tłomaczy jak następuje: „Zdaje się rzeczą dowiedzioną, że napad często powstaje drogą n. krtaniowego górnego, jak o tem świadczy początek napadu z łechtaniem i pieczeniem w gardle; potem odruch przenosi się drogą deprymujących włókien n. błędnego na ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym, przez co obniża się parcie krwi, równocześnie bodziec przerzuca się na ośrodek tamujący czynność serca tak, że ona słabnie. Jako skutek sprowadzonej przez oba te czynniki w równy sposób niedokrewności mózgu ma następować bezprzytomność, właściwa wszystkim tym napadom“ (str. 94). Na pełne uznanie zasługuje to, że autor z naciskiem zwraca uwagę na zgubne następstwa, które może za sobą pociągnąć ropienie uszne po chorobach zakaźnych, np. po odrze, jeżeli się zawczasu nie zastosuje odpowiedniego leczenia, a to tem więcej, że zaniedbanie tej choroby zdarza się nietylko ze strony laików, ale nawet, i to niestety zbyt często, ze strony lekarzy. Statystyka wykazuje, że zaniedbanie i lekceważenie tak ważnej choroby przyczynia się niewątpliwie do zapełnienia zakładów dla głuchoniemych; a że niepoślednia część spada pod tym względem na lekarzy, to nie ulega niestety wątpliwości, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mieliśmy sposobność.

Bardzo jasno i zajmująco omawia autor sposób powstania i rozwijania się zmian gruźliczych w górnym odcinku dróg oddechowych, wzajemny stosunek chorób nosa, gardła, krtani i ucha z chorobami płciowemi, zakaźnemi, ostremi i przewlekłemi, z chorobami nerek, skóry, narządu krążenia, nerwów i t. d.

Pomysłowe są wywody autora, dotyczące powstania pewnych postaci zaburzeń słuchowych wskutek zmian w rdzeniu. Na podstawie najnowszych zdobyczy nauki należy tę chorobę pojmować, jako cierpienie neuronów, którego główną cechą jest nadwerężenie układu, wychodzącego ze zwojów rdzeniowych. Między zwojami tymi a komórkami zwojowemi n. ślimakowego *(n. cochlearis)* istnieje powinowactwo embryologiczne, polegające na tem, że te ostatnie można uważać za utwory analogiczne do pierwszych (t. j. zwojów rdzeniowych), posunięte jednak bardziej ku obwodowi. Otóż w chorobach usznych przy wiądzie pacierzowym znachodzono najczęstsze zmiany anatomiczne w obwodowem rozgałęzieniu n. słuchowego; autor upatruje przyczyny zaburzeń słuchowych u dotkniętych wiądem rdzenia w usadowieniu się sprawy chorobowej w rozgałęzieniach n. ślimakowego, w zwoju ślimakowym *(Ganglion spirale)* etc., podobne jak Moxter tłomaczy zajęcie n. wzrokowego w wiądzie rdzenia pacierzowego. To samo zapatrywanie wypowiedział autor już przedtem na zgromadzeniu otologicznem w Dreznie. Udarowate *(apoplectiforme)* wystąpienie objawów Ménierea w wiądzie ma według tej teoryi polegać na zajęciu jąder n. słuchowego w rdzeniu przedłużonym. Przypad ten chciałby autor uważać za wiądowy przełom *(crise tabetique)* n. słuchowego i postawić na równi z przełomem krtaniowym i żołądkowym *(crise laryngée, gastrique)* (str. 281).

Podnieść należy również cenne uwagi autora, dotyczące zaburzeń krtani i narządu słuchowego w histeryi i podane przez niego trafne wskazówki dla rozpoznania różniczkowego; tu i owdzie wtrącił też autor wskazówki lecznicze, oparte na rozważeniu przyczyn powstania danej choroby, aczkolwiek, ściśle wziąwszy, nie należało to już do zakresu dzieła.

Z żalem musimy się wyrzec, ze względu na ramy sprawozdania, podania innych ustępów i myśli, w wysokim stopniu zajmujących. Mnogość ciekawych spostrzeżeń, zebranych bardzo starannie i umiejętnie i wszechstronnie wyjaśnionych, obfitość trafnych myśli i uwag czyni dzieło Friedricha bogatem źródłem, z którego każdy lekarz z przyjemnością i z pożytkiem czerpać będzie. To też dzieło to zasługuje na rozpowszechnienie w najszerszych kołach lekarskich.

Spira.

V. Wyciągi.

Pitha (z kliniki Prof. Pawlika): **W sprawie rozpoznawania i etyologii ropni jajników.** *(Rozprawy české Akademie* R. 7. Tr. 2. Cislo 28). Szczegóły spraw zapalnych jajników rozpoznać można tylko na okazach anatomicznych, wykazanych przy sekcyi lub operacyi. P, idąc za Sławiańskim, dzieli sprawy te na miąższowe i międzymiąższowe. O ropieniu mówi Sławiański tylko w sprawach międzymiąższowych, twierdząc, że mieszki giną przytem dopiero następowo. Nazwę zapalenia mieszkowego jajników *(oophoritis follicularis)* nadaje Sławiański międzymiąższowemu zapaleniu podścieliska z rozrostem tkanki łącznej i powstawaniem prosówkowych ropni międzymiąższowych, zlewających się następnie w większe jamki, wyścielone błoną ropotwórczą, a otoczone utrzymaną tkanką jajnikową. Najlepszy podział etyologiczny ropni jajników pochodzi od Olshausena, który dzieli je na ropnie pochodzenia połogowego i niepołogowe. Większość ropni jajnika, opisanych w literaturze, była w rzeczywistości zropiałymi torbielami jajnika. Dopiero zbadanie drogi, którą zakażenie z trąbki szerzy się na jajnik, wyjaśniło powstawanie ropni niepołogowych, najczęściej oczywiście rzeżączkowych, przez zakażenie mieszków Graafa za pośrednictwem jajowodów; stąd też francuscy autorowie nadają wszystkim ropieniom w częściach dodatkowych nazwę *Salpingooophoritis.* Pozzi sądzi, że do powstania rzeczywistego ropnia jajnika konieczne są pewne czynniki usposabiające; ropień taki powstaje tylko przy zakażeniu ciałka żółtego lub torbieli mieszkowych. Langer zaś doszedł na zasadzie badań Fränkla do przekonania, ze większość przypadków pojedynczych ropni jajnika powstaje przez zropienie ciałek żółtych. Te ropnie, wychodzące z ciałek żółtych, są makro- i mikroskopowo znamienne, i niewątpliwie były już dawniejszym autorom znane, tylko błędnie tłómaczone (Sławiański). Zakażenie ciałka żółtego może powstać w połogu bądź bezpośrednio (przez jajowód), bądź pośrednio na drodze przerzutowej, w obu razach przez paciorkowce lub dwoinki rzeżączkowe. Ropnie niepołogowe mają swoje źródło albo w macicy, skąd zakażenie może się przenieść na jajnik podobnie jak przy ropniach połogowych, albo też w innych narządach, skąd zakażenie przenosi się do jajników drogą przerzutu.

Rozpoznanie jest zawsze bardzo trudne, nawet przy długiem i szczegółowem spostrzeganiu chorej. Nawet nakłócie próbne może sprawy nie wyjaśnić. W rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić: ropienie przymaciczne i okołomaciczne, zropienie torbieli jajnikowych, ropienie w jajowodach *(pyosalpinx, pyooophorosalpinx).* Otorbiony ropień jajnika jest zawsze od sąsiednich narządów odgraniczony i dosyć ruchomy. Zapalenie przymaciczne różni się od niego postacią swoją i ścisłym związkiem z macicą i ścianą miednicy małej. Zapalenie okołomaciczne nie daje się dokładnie przy badaniu odgraniczyć, a stosunek nagromadzonej wypociny do ścian i krawędzi macicy jest zawsze przy badaniu niejasny, natomiast ropień jajnika łączy się z krawędzią macicy tylko za pośrednictwem więzadła jajnikowego *(lig. ovarii).* Zropiały torbiel jajnikowy różni się od rzeczywistego ropnia jajnika swoją wielkością. Najtrudniejsze jest rozróżnienie ropnia jajnika od otoku ropnego jajowodu *(pyosalpinx),* a powieść się ono może tylko wtenczas, gdy jajowód dokładnie wymacać się daje; w każdym jednak razie rozpoznanie ropnia jajnika nigdy nie może być pewnem, zawsze tylko prawdopodobnem.

Ropa w ropniu jajnikowym może zawierać drobnoustroje albo jadowite, albo osłabione, albo nawet być jałowa, jeżeli ropotwórcze bakterye obumarły i rozpadły się. Wykazywano dotąd najczęściej paciorkowce i dwoinki rzeżączkowe; w wyjątkowych przypadkach napotykano prątek okrężnicowy *(bact. coli),* gruźliczy i promienicę. W zropiałych skórzakach znajdowano też prątek durowy, który dostał się tu niewątpliwie drogą przerzutową, podobnie jak znaleziono kilkakrotnie dwoinki zapalenia płuc.

P. spostrzegał osobiście 6 przypadków ropni jajnikowych, z których w 5 istniały znamienne ropnie pojedyncze, wychodzące z ciałek żółtych, na co wskazywało już makroskopowe wejrzenie ściany, złożonej z 2 warstw, zewnętrznej włóknistej i wewnętrznej, przedstawiającej zwykły obraz zawartości *„corpus luteum“.* Drobnowid wykazywał w zewnętrznej warstwie włóknistej nacieki drobnokomórkowe wzdłuż naczyń, na granicy zewnętrznej i wewnętrznej warstwy ściany ropnia rozlany naciek, stanowiący podstawę t. zw. błony ropotwórczej. Błona ta złożona jest jakby z rzekomych brodawek, opatrzonych naczyniami włosowatemi, nieposiadających właściwego podścieliska, a złożonych z samych komórek, które przypominały komórki tkanki ziarninowej; obraz drobnowidowy w całości przemawiał za powstaniem tej błony z *„membrana granulosa corporis lutei“.* Ostatni, szósty, przypadek był to *„pyooophorosalpinx“.*

Badania bakteryologiczne ropy wykazały 2 razy obecność dwoinek rzeżączkowych, raz dwoinki zapalenia płuc, 3 razy ropa była jałowa.

P. dochodzi do wniosku, że zakażenie ropne mieszków Graafa wydarza się najczęściej w czasie przemiany ich w ciałka żółte i następuje albo w chwili dojrzewania, albo po pęknięciu mieszków. Pojedyncze ropnie jajnikowe powstają więc rzeczywiście najczęściej z ciałek żółtych, zgodnie z tem co utrzymuje Langer. Natomiast powstawanie ropni w tkance międzymiąższowej zdaje się być wyjątkowe, wbrew twierdzeniu Sławiańskiego. Właśnie wręcz przeciwnie, niż sądził Sławiański, jest ogniskowe zapalenie miąższowe (w mieszku Graaffa, względnie w ciałku żółtem) najczęstszem, a tkanka międzymiąższowa bierze w zapaleniu udział tylko następowo. Prawdopodobnie podobnie rzecz się ma także i w krwotocznem zapaleniu *(Oophoritis haemorrhagica),* którego źródło Sł. upatruje w podścielisku, natomiast P. również we właściwym miąższu.

W 3 swoich przypadkach stwierdził P. zupełny brak jakichkolwiek zmian w macicy, jajowodach i drugim jajniku, jakoteż na otrzewnej. Dowodzi to, że mogą istnieć ropnie jajnikowe bez zmian w reszcie narządu płciowego, powstałe przez przerzut z innych narządów ustroju. Takie samoistne jajnikowe ropnie stanowią całkiem odrębną grupę, a badanie drobnowidowe dowodzi, że powstają one we właściwym miąższu jajnika, w fizyologicznych jego składnikach, a nie, jak sądzili Pozzi i Böer, w torbielach, które są już zjawiskiem patologicznem. *Z.*

Ref. Prof. Dr. Vogl. **Orzeczenie c. k. najwyższej rady zdrowia w sprawie handlu tak zw. przetworami organoterapeutycznemi.** *(Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 41, 1899). Dążność chemicznego przemysłu do wyszukiwania coraz to nowych środków leczniczych była powodem, iż zaczęto środki lecznicze pochodzenia zwierzęcego stosować do leczenia ludzi. Tym sposobem powrócono do dawnej medycyny. Pierwszym, który tę starą organo-terapię odnowił, był Brown-Sequard, zaleciwszy wstrzykiwanie soku jąder, a za tem poszło leczenie gruczołem tarczykowym. Odtąd chemiczny przemysł rzucił się nietylko na gruczołowe, lecz wogóle na wszystkie możliwe narządy zwierzęce i stworzył modną organo-terapię czyli t. zw. leczenie sokami tkanek ustrojowych. Z początku przyrządzano tylko wyciągi i to wedle podania fabryki Knoll et Comp. w następujący sposób: pod dozorem lekarza wyjmowano z zwierząt odpowiednie narządy, oczyszczano, oddzielano części niepotrzebne i rozdrabniano na drobne kawałeczki. Wogóle 100 gramów narządu mię-

szano z 200 gramami gliceryny, rozcieńczano wodę przekroploną do $^1/_3$ części ciężaru całej ilości, gotowano przy 38°, a po 48 godzinach przesączano. Sposób ten stosowania wyciągów zapomocą wstrzykiwań podskórnych okazał się niezbyt korzystnym, dlatego zaczęto wyrabiać przetwory narządów zwierzęcych, mogące być zadawane wewnętrznie, a więc w formie proszków, kołaczyków i t. d. Co się tyczy skutków leczniczych tej organo-terapii, to wyniki leczenia gruczołem tarczykowym i jego przetworami stwierdzono przy nadmiernej otyłości, przy obrzęku śluzakowym i *cachexia strumipriva*. Gatunków przetworów gruczołu tarczykowego jest tyle, co fabrykantów przetworów organo-terapeutycznych. Do dziś dnia nie jest udowodnione, co jest właściwym leczniczym składnikiem tego gruczołu, i tak Notkin zalicza go do enzymów i nazywa thyreoidyną, Fränkel nazywa tę istotę thyreoantytoksyną, a Baumann wykrył substancyę, zawierającą jod i nazwał ją jodothyriną vel thyrojodyną. Dotychczas cała modna organo-terapia jest bardzo wątpliwą i niepewną i przeważnie opartą na poddawaniu, a jedynie leczeniu gruczołem tarczykowym, względnie jodothyriną możnaby przypisać pewne działanie. Przypadki ciężkiego schorzenia, opisane przez Eulenburga, i śmierci, opisane przez Lewina i Stabla, dają do zrozumienia, że leczenie gruczołem tarczykowym nie jest obojętne. Objawy, towarzyszące temu leczeniu, jakoteż spostrzegane niekiedy objawy zatrucia (*thyreoidismus*) świadczą, że przy tym sposobie leczenia zachodzą silne zaburzenia przemiany materyi: zwiększenie spalania, rozpadu białka, wytwarzania bezwodnika węglowego, zwiększenie wydzielania moczu, zmniejszenie ciężaru ciała, przyspieszenie tętna do 160 na minutę, podwyższenie ciepłoty ciała, bicie serca, napady dusznicy bolesnej, bezsenność, bóle głowy, wymioty, biegunka, drgawki, białkomocz, cukromocz, zaburzenia psychiczne, a nawet napady szałowe. Wadą całej organoterapii jest to, że nie można tożsamości i jakości tych przetworów rozpoznać i sprawdzić, nie można nawet wykazać, czy nie pochodzą z już rozkładających się lub schorzałych części zwierzęcych, a więc, czy nie zawierają szkodliwych, a nawet wprost trujących składników. Przy stosowaniu organoterapii musimy co do jakości przetworu spuścić się na fabrykanta, lecz za skutki po zastosowaniu tego lub owego przetworu odpowiada mimo to lekarz. To też środki te powinny być pobierane tylko z sumiennych fabryk i pracowni, wykluczone być powinny z sprzedaży doraźnej, a wydawane tylko za przepisem lekarskim, jako środki w działaniu niepewne i klinicznie nie wypróbowane.

Dr. Bolesław Komorowski.

Hofmann A. (z kliniki lekarskiej w Halli prof. Webera). **Znaczenie żelaza w tworzeniu krwi i przyczynek do poznania istoty blednicy.** (*Münch. medic. Wochenschrift* 1899, Nr. 29). Rozmaici badacze (Macallum, Hall, Gaule, Hochhaus i Quincke) dowiedli zapomocą doświadczeń na zwierzętach, że żelazo, wprowadzone do ustroju jako lek, rzeczywiście zostaje wessane; mianowicie wchłania żelazo kiszka cienka, a wydala je prawdopodobnie kiszka gruba. Honigmann sprawdził te wyniki na człowieku, który posiadał przetokę kiszki cienkiej. Autor już dawniej doszedł do podobnych wyników, robiąc spostrzeżenia na ludziach i zwierzętach.

Natomiast dotychczas nie jest wcale rozstrzygnięte zagadnienie, w jaki sposób działa żelazo?

Do doświadczeń w tym kierunku użył autor królików i to większą liczbę (98). Dla porównania czynił badania na królikach ze sztuczną niedokrewnością, z których jednym podawał żelazo, a drugim nie, dalej na królikach zupełnie zdrowych, z których tak samo jednym podawał żelazo, a innym go nie dawał. Badał dokładnie narządy krwiotwórcze lub uchodzące za takie, a więc szpik, śledzionę, gruczoły chłonne, a także wątrobę, nerki, kiszkę cienką i grubą. Obok tego obliczał ilość ciałek czerwonych i zawartość hemoglobiny, badał preparaty krwi na szkiełkach nakrywkowych. Żelazo podawał w różnych postaciach, najczęściej *ferr. sacch. solubile*, też *ferr. reduct.* i *liquor ferr. albuminat.*, oprócz tego próbował innych przetworów żelezistych i hemoglobinowych, aby się dowiedzieć, czy przypadkiem nie uda się wykryć odmiennego sposobu wessania żelaza pod względem jakościowym lub ilościowym przy podawaniu któregoś z tych przetworów.

Wyniki tych badań dadzą się krótko streścić w sposób następujący: Żelazo w każdej postaci, czyto czyste, czy feratyna, zostaje wessane w dwunastnicy, a następnie związane w połączenie z białkiem, krąży we krwi, przenoszone w ciałkach białych. Wskutek tego nie może ono zatruć ustroju; następnie gromadzi się w wątrobie, śledzionie, a głównie w szpiku kostnym. Tutaj też w szpiku nagromadzają się komórki, obładowane żelazem, wskutek zwolnionego krążenia w miąższu szpiku, a także w gęstej siatce naczyniowej pomiędzy miąższem. Po utracie krwi tylko szpik okazuje czynność odrodźczą (regeneracyjną), miąższ jego przerasta znacznie. — Odnowa czerwonych ciałek krwi u zwierząt żywionych żelazem odbywa się o wiele szybciej. Nawet u zupełnie zdrowych zwierząt można wywołać przez podawanie żelaza zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi w krążeniu, przyczem jednak szpik kostny nie okazuje wzmożonej czynności, lecz tylko zawiera obficiej tłuszcz. Odnowa hemoglobiny spaźnia się nieco w stosunku do ilości ciałek czerwonych, nie można też wywołać wzmożonego wytwarzania się hemoglobiny w niestosunku do ilości ciałek przez podawanie żelaza, lecz zawsze odnowa hemoglobiny i ciałek postępuje mniej więcej równomiernie, a nawet hemoglobiny bywa mniej. — Żelazo przyspiesza więc dojrzewanie ciałek czerwonych krwi, które z jądrzastych stają się bezjądrowemi i wchodzą do krążenia.

Badania rozmaitych nowych przetworów żelaza (jak: *Ferratyna* Schmiedeberga, „*Eisenpeptonatessenz* Pizzala, *Manganeisenpeptonessenz* Gude, *Eisensomatose* Beyer, *Sanguinalpillen* Krewel, *Haemalbumin* Dahmen, *Haemol* Kobert, *Haemoglobintabletten* Radlauer, *Haemoglobinzeltchen* Pfeuffer, *Haematogen* Hommel“) wykazało, że żelazo tych przetworów taksamo ulega wessaniu, jak i żelazo czyste; jednakże ponieważ przetwory hemoglobinowe zawierają mało żelaza, więc i ustrój mało go z nich wchłania. Z tego powodu wszystkie te przetwory żelaza są zbędne, a przetwory hemoglobiny nawet bezzasadne, ponieważ działanie żelaza zależy tylko od ilości wessanego żelaza.

Żelazo podnieca czynność fizyologiczną szpiku kostnego, a w blednicy jest prawie niezawodnym lekiem. Z tego też powodu można głębiej wejrzeć w istotę blednicy. Polega ona najprawdopodobniej na zmniejszonej sprawności narządów krwiotwórczych, czyli szpiku kostnego, a może ona być albo tylko przejściową, występującą w okresie pokwitania, albo też stałą, zależną od niedokształtu szpiku, z czem się zazwyczaj łączy w przypadkach ciężkich niedokształt układu naczyniowego i narządu płciowego, opisywany już przez Virchowa. Ta słabość narządu krwiotwórczego objawia się wytworzeniem ciałek czerwonych, ubogich w barwik i ze zmianami w kształcie. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Prof. Eichhorst. **Ostre, śmiercią zakończone zapalenie nerek wskutek zatrucia szczawiem.** (*Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 28). Szczaw (*Sauerampfer, rumex acetosa*) jest uważany pospolicie za nieszkodliwy; stanowi on ulubiony przysmak dzieci, objadających się nim na wiosnę nieraz prawie bez miary. Dorośli również nie gardzą w dniu upalnym orzeźwiającym smakiem listków szczawiu, a w wielu rodzinach zupa szczawiowa jest wielce ceniona. (Wszystko to dzieje się także i u nas, tylko może w wyższym stopniu. *Przyp. spr.*). Nikt nie myśli nawet o tem, że orzeźwiający swój smak zawdzięcza szczaw silnie trującemu kwasowi szczawiowemu, zawartemu w nim w znacznych ilościach; a przecież może on wywołać zatrucie, choć — dziwnym trafem — przypadków takiego zatrucia opisano dotąd nader mało.

Eichhorst opisuje własny przypadek, dotyczący 12-letniego chłopca, który w kilka godzin po objedzeniu się surowym szczawiem zachorował, a piątego dnia bezprzytomny,

z oddechem typu Cheyne-Stokesa i napadami drgawek przyniesiony został na klinikę, gdzie stwierdzono krwotoczne zapalenie nerek. Stan ten utrzymywał się aż do śmierci, która nastąpiła w 9 dniu choroby. Sekcya, dokonana przez prof. Ribberta, wykazała oprócz obrzęku płuc i drobnych wybroczyn na błonach surowiczych, nieżyt jelit i ostre krwotoczne zapalenie nerek, dla gołego oka niezbyt wybitne.

Podręczniki toksykologii nie wspominają nic o zatruciach szczawiem, jeden tylko Kobert przytacza przypadek Sucklinga z roku 1886 i to uważając go za wątpliwy; chociaż zgoła niesłusznie, jak to wynika z podanego przez Sucklinga opisu przypadku i sekcyi, oraz ze wzmianki o ciężkiej chorobie towarzysza zmarłego 5-letniego chłopaka, który równocześnie z nim najadł się szczawiu. — Podobnież o jednym przypadku wspomina Taylor w wydaniu swej toksykologii z roku 1847. — Wobec tak skąpego piśmiennictwa o zatruciu szczawiem u ludzi, nie bez znaczenia jest opis podobnego zatrucia u konia, podany przez Michelsa w r. 1870, a świadczący, że nawet dla tak wielkich zwierząt spożywanie szczawiu może być zgubne. — Rzadkość zatruć szczawiem zdaje się wskazywać, że siła trująca tej rośliny jest niezawsze jednaka, może zależnie od miejsca i pory roku. Pod tym względem niewiele wiadomo, choć botanik Hoffmann podaje, że najwięcej kwasu szczawiowego zawiera szczaw, rosnący na miejscach suchych.

Co do sposobu działania szczawiu, to E. przypuszcza, że w jego przypadku najważniejszą rolę odgrywał wolny kwas szczawiowy, zawarty w roślinie, który zadziałał wprost na nerki, wessany z przewodu pokarmowego. *C.*

Jaeger. **Uwagi epidemiologiczne i bakteryologiczne o zapaleniu opon mózgowordzeniowych.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 29). Dawniej uważano za przyczynę nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych Fraenklowskie dwoinki zapalenia płuc. obecnie jednak należy, zdaniem J., swoistej przyczyny zapalenia opon upatrywać wyłącznie w *meningococcus intracellularis* Weichselbauma, którego J. wykazał w 17 przypadkach, przedstawiających wszystkie przejścia od postaci nagminnej do odosobnionych na pozór przypadków zapalenia opon. Zdaniem J. można *meningococcus* łatwo odróżnić od dwoinek Fraenkla, natomiast trudniejszem jest rozróżnić go od gronkowców. Ważnym szczegółem jest, że drobnoustrój, wykryty przez Weichselbauma, można niekiedy wykazać w śluzie z nosa ludzi zdrowych, oraz w mieszkaniach; że mimoto nie często pojawia się nagminne zapalenie opon, należy, zdaniem J., przypisać małemu usposobieniu ustroju ludzkiego do tego rodzaju zakażenia. *S.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Klingmüller badał działanie wprowadzonej przez Winternitza jodipiny (połącz. jodu z olejkiem sezamowym) i przychodzi do wniosku, że jest zupełnie nietrującą, a podawana podskórnie w 25% rozczynie (5—10 cm.^{3} na dawkę) stanowi niejako złożony zapas jodu w ustroju, który go pomału przerabia tak, że nawet w 2—3 tygodnie po ostatniem wstrzykiwaniu jeszcze wydzielanie jodu z ustroju wykazać można. Przytem podnosi K. tę zaletę jodipiny, że działa energiczniej, niż jod przez usta podawany, nie sprowadza przypadów żołądkowych i łatwo daje się dawkować. *(Berl. kl. Woch.* 1899. 25). *F. K.*

Meyer otrzymał bardzo dobre wyniki po używaniu itrolu i aktolu *(Arg. citric. et lactic.)*, w postaci proszku na rany, w rozczynach 1:2000 do wymywań; wewnętrznie podawał *Arg. solubile Credé* 0·5:200 z białkiem, wreszcie do wcierań przy kile stosował maść srebrową Crédego. Autor przypisuje przetworom srebra dwa przymioty: 1) że przy stosowaniu tych przetworów rany szybko się goją, a 2) że przetwory srebra mają wielką zdolność ograniczania spraw zapalnych. *(Deut. militärzt. Zt.* 1899. 33). *F. K.*

Naftalan zyskuje przez swą różnorodność przymiotów coraz szersze uznanie. Zilamund, opisując otrzymane wyniki przy różnych chorobach, nie godzi się wprawdzie z Rosenbaumem, który, pierwszy ten przetwór zalecając, za cudowny go prawie uznaje, sławi jednak dobitnie korzyści stosowania. Obok znanych własności przeciwgnilnych i przeciwzapalnych zachwala działanie jego w opatrunku ustalającym przy ostrym gośćcu stawowym, dalej jako środka pokrywającego szybko przyskórkiem wrzody różnego rodzaju, wreszcie jako przetworu, sprowadzającego wessanie i łagodzącego ból. Opisuje również przypadki oparzelin 1 i 2 stopnia, wyprysków ostrych i przewlekłych, łuszczycy, wszystkie ustępujące pod działaniem naftalanu, który ma i tę doniosłą własność, że choć dłuższy czas używany, nie drażni ani skóry, ani nerek. *F. K.*

Protargol zdaje się być, jak widać z ogłaszanych prac, w coraz powszechniejszem użyciu, bo wedle zdania różnych autorów ze wszech miar na to zasługuje. Świeżo znowu ogłasza Brandl *(Kl. th. Woch.*, 1899. 22) około 100 przypadków różnych rzeżączek, leczonych protargolem w postaci wstrzykiwań $^1/_4$—$^1/_2$% rozczynów lub też głębokich przepłókiwań, wreszcie i wkraplań 5 do 10% rozczynu. Wyniki były nader szybkie i pomyślne. Podobnie używa go z bardzo dobrym skutkiem Hochstätter *(Gyogyazat* 1899. 14) i Panichi *(La Sett. Med.* LIII.) także u kobiet. Savor *(Beit. z. Geb. u. Gyn.* II. T. 99) unikał u kobiet na klinice Prof. Chrobaka zakażenia przy cewnikowaniu, przepłókując pęcherz 50—100 grm. $^1/_5$% rozczynu protargolu. Wszyscy godzą się na to, że protargol jest silnym środkiem przeciwgnilnym, zabijającym szybko gonokoki, niesprawiającym przytem nigdy bólu lub pieczenia, niedrażniącym w żadnym razie błony śluzowej, a chociaż nie ma własności ściągających, daje się używać dla swych własności nawet w przypadkach ostrych, przez co skraca znacznie czas leczenia. *F. K.*

Guajacyl *(Calc. guajacolmonosulfonic.)* jest szarym proszkiem, łatwo rozpuszczalnym w wodzie i wyskoku, który wedle Andrégo i Followella działa podobnie do guajakolu, jako nieszkodliwy środek znieczulający i to w postaci wstrzykiwań 5—10% rozcz. wodnego. Nadaje się on do użytku w dentystyce i w małych zabiegach chirurgicznych. Znieczulenie występuje w 5—6 minut po wstrzyknięciu i jest zazwyczaj zupełne; przytem środek ten działa przeciwgnilnie, a nie trująco. *(W. kl. W.* 1899, 27). *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 14 czerwca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 12, gości 3.

1. Kol. Kośmiński przedstawia przypadek wrodzonego naczyniaka w okolicy pępka u noworodka. Naczyniak ten przedstawia się jako guzek wielkości dużego talara, o powierzchni nie zupełnie gładkiej, razem ze skórą poruszalny. Gdy dziecko krzyczy, guzek powiększa się wyraźnie. Nie ma zatem wątpliwości, że guzek ten jest naczyniakiem, należy się jednak obawiać, czy z czasem nie nabierze on cech złośliwości i dlatego zamierza K. wnet go wyciąć.

Kol. Wehr podziela także obawy co do złośliwości tego nowotworu i radzi go wnet doszczętnie usunąć.

2. Kol. Kośmiński omawia przypadek przeszczepienia się raka części pochwowej macicy na wargę sromową większą, powstały w miejscu naddarcia wargi sromowej przez wziernik podczas całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. W trzy miesiące po operacyi wystąpił na wardze sromowej w miejscu, które podczas operacyi zostało naddartem, guzek wielkości grochu, o powierzchni nierównej i broczącej. Guzek ten wycięto, a badanie drobnowidowe wykazało w nim taką samą budowę nowotworową, jak w części pochwowej macicy. K. przytacza podobne przypadki opisane przez Hessego, Kaltenbacha, Fischera, Hofmeiera, Pfannenstiela, Lebensbauma, Niebergalla i in. i okazuje drobnowidowe preparaty z części pochwowej i guzka wargi sromowej.

Kol. Wehr wspomina, że próbę przeszczepiania raka wykonał dwa razy z dodatnim wynikiem, zwraca jednak uwagę, że zachodzą tu nieraz pomyłki i nie mamy do czynienia z przeszczepieniem się, lecz z przerzutem, powstałym drogą naczyń limfatycznych.

3. Kol. Ackermann omawia zajmujący przypadek z kazuistyki cięcia cesarskiego: Ciąża w 8-mym miesiącu, powikłana olbrzymim guzem, zajmującym miednicę małą i dużą; w miesiąc później nie czekając na wystąpienie czynności porodowej wykonał A. cięcie cesarskie sposobem Porro; następnie wyłuszczył guz ważący 11 kilogramów, usadowiony pozaotrzewnowo; jamę przez to wytworzoną wytamponował gazą jodoformową; brzegi otrzewnej wszył razem z kikutem macicy w dolny kąt rany brzusznej. Przebieg pooperacyjny z początku korzystny, 13-go dnia występują objawy *peritonitis*, której chora w 4 dni później uległa. Sekcya wykazała świeże zapalenie otrzewnej w okolicy wyrostka robaczkowego, owrzodzenia w jelicie grubem i stłuszczenie serca. Badanie drobnowidowe guza wykazało w nim utkanie mięsaka, wychodzącego z gruczołów pozaotrzewnowych (*Sarcoma glandularum retroperiton*).

4. Kol. Barącz okazuje preparat *torsio omenti intraabdominalis*, uzyskany zapomocą herniolaparotomii i zwraca uwagę na rzadkość okręcania się sieci, gdyż w literaturze spotkał się tylko z jednym podobnym przypadkiem, opisanym w roku 1882 przez Obersta.

W dyskusyi nad mechanizmem powstawania skrętu sieci zabierają głos koledzy: Wehr, Mars, Sielski i Kadyi.

5. Kol. Solowij zdaje krótko sprawę ze zjazdu towarzystwa ginekologicznego niemieckiego, odbytego w Berlinie w maju b. r., podnosząc niektóre godne uwagi szczegóły.

Sekretarz: *Dr. Solowij.*

VIII. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

(Ciąg dalszy).

Dzień drugi Zjazdu.

Posiedzenie popołudniowe rozpoczyna Radca Dworu Profesor Rydygier okazaniem *Stołu ekstenzyjnego Schedego*. Stół ten oddaje znakomite usługi w leczeniu garbów sposobem Calota, oraz przy zakładaniu opatrunków ustalających w cierpieniach kończyn, jak zapalenia, wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego itd.

Kol. Karchezy (Lwów) podaje wyniki badań nad *wstrzykiwaniem żelatyny przed operacyą, jako środkiem zapobiegającym krwotokom podczas operacyi.* Z badań tych wynika, że krzepliwość krwi po wstrzyknięciu żelatyny w pierwszych godzinach rzeczywiście się zwiększa; po upływie kilkunastu godzin działanie żelatyny ustaje i występuje krwawienie z mniejszych niepodwiązanych naczyń. (Wykład w całości drukowanym będzie w „Przeglądzie lekarskim").

W dyskusyi podnoszą koll. Pruszyński (Warszawa) i Grosglik (Warszawa), że wartoby przeprowadzić w tym kierunku szczegółowe doświadczenia na zwierzętach.

Kol. Urbanik: *O ranach postrzałowych wątroby.* (Wykład ten ukazał się w „Przeglądzie lekarskim").

W dyskusyi podnosi kol. Doc. Wehr szczegół, na który kol. Urbanik zwrócił uwagę, a który kol. W. potwierdza, mianowicie, że obok znacznego krwotoku wewnętrznego, może przez rany zewnętrzne ani kropla krwi się nie wydostawać. Podobnie może zdarzać się w ranach postrzałowych serca.

Kol. Doc. Barącz: *Torsia omenti intra abdominalis.* Prelegent przedstawia jako unikat okaz, uzyskany przy operacyi przepukliny pachwinowej uwięzłej. Okaz ten przedstawia podwójny skręt sieci; jeden skręt w worku przepuklinowym, drugi wysoko w jamie brzusznej. W dyskusyi zaznacza kol. Doc. Wehr, że nie jest to unikat, gdyż zna z literatury pięć podobnych przypadków. Kol. Rutkowski zaś podaje, że operował przypadek zupełnie podobny do przypadku kol. Barącza.

Kol. Doc. Barącz: *O sposobie zamknięcia jelita i nowym sposobie łączenia resekowanych końców.* Kol. B. dodaje do podanego w jednym z ostatnich zeszytów *Centralblatt für Chirurgie* szwu kapciuchowego ulepszenie, polegające na podwiązywaniu resekowanych końców jelita grubszą podwiązką, wpochwieniu kikuta i zakładaniu warstwy ciągłego szwu Lamberta na wpochwionym kikucie. Między tak zamkniętymi odcinkami jelita wytwarza kol. B. połączenie zapomocą płytek z brukwi. Sposób ten objaśnia mówca na okazach z psów, u których przeprowadzał w tym kierunku doświadczenia. Wpochwiony kikut powinien być ile możności jak najmniejszy.

W dyskusyi podnosi kol. Rutkowski, że sposobu tego używa od kilku miesięcy z tą odmianą, że końce resekowanego jelita zmiażdża przed założeniem podwiązki kleszczami Doyena, a to celem otrzymania jak najmniejszego wpochwionego kikuta.

Kol. Droba: *Gruźlica kości i stawów pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym.* (Praca ta ukaże się wkrótce w *Przeglądzie lekarskim*).

Wykład przyjęto ogólnymi oklaskami.

Kol. Grosglik: *O leczeniu przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego.* Prelegent przytacza historye chorób chorych, operowanych sposobem Bottiniego. Po operacyi nie było nigdy krwawienia, ani wybitniejszych wzniesień ciepłoty. Jako wadę sposobu Bottiniego podnosi kol. G. okoliczność, że często się nóż zagina. Cewnika na stałe kol. G. nie zakłada, z wyjątkiem tych przypadków, w których mocz się rozkłada w pęcherzu. Sposób Bottiniego uważa kol. G. za najlepszy ze stósowanych dziś w przeroście gruczołu krokowego zabiegów.

W dyskusyi zabierają głos: Radca Dworu Prof. Rydygier, koll. Rutkowski, Doc. Kryński. Radca Dworu Prof. Rydygier odnosi część dobrych wyników sposobu Bottiniego do tego, że się przed operacyą leczy pęcherz.

Kol. Rutkowski zapytuje prelegenta, jak długi czas przepala gruczoł krokowy, zaznaczając, że czas przepalania gra bardzo ważną rolę i to z dwóch względów: 1) Przepalając powoli i długo unika się zagięć noża, które prelegent podnosił, jako wadę sposobu Bott. Jedynie przy powolnem przepalaniu zyskuje się głęboki i szeroki rowek dla odpływu moczu. Uwagi swoje opiera kol. Rutkowski głównie na jednym z operowanych przez siebie przypadków, w którym wykonano najpierw »*Sectio alta*« i na tem samem posiedzeniu pod kontrolą wzroku użyto przyrządu Bottiniego. Nadto przedstawia kol. Rutkowski gruczoł krokowy zachowany w formalinie z przypadku, w którym zastósowano sposób Bottiniego. Chory zmarł z powodu zmian w nerkach. Płat środkowy (wzgl. spoidło tylne) gruczołu krokowego przepalony był w tym przypadku niemal w zupełności przez całą swoją grubość.

Kol. Doc. Kryński podnosi, że kol. Grosglik nie uwzględnił w swoim wykładzie dokładniej stanu gruczołu krokowego i zaznacza, że stosownie do obecnie panujących poglądów, sposób Bottiniego oddaje dobre usługi tylko w przypadkach przerostu tak zw. płatu środkowego gruczołu.

Radca Dworu Prof. Rydygier powątpiewa, czy przepołowienie gruczołu w przedstawionym przez kol. Rutkowskiego okazie pochodzi od przepalenia.

Kol. Rutkowski udowadnia na okazie, że wątpliwości pod tym względem niema, zresztą powołuje się na kol. Doc. Ciechanowskiego, który robił sekcyę i kilku kolegom pokazywał świeży jeszcze preparat, na którym stosunki te przedstawiały się zupełnie jasno.

Kol. Doc. Wehr podnosi, że i z przedstawionego okazu dojść można, iż rzeczywiście przepołowienie pochodzi od przepalenia.

Kol. Grosglik wykłada: »*O wartości urotropiny w cierpieniach pęcherza*«, dochodząc do wniosku, że urotropina powstrzymuje rozwój drobnoustrojów w moczu, że mocz w przypadkach zakażenia mięszanego staje się po pewnym czasie czystym, że jednakowoż działanie urotropiny nie jest stałe, gdyż po odstawieniu urotropiny stan pierwotny wraca bardzo prędko.

Kol. Doc. Bossowski zdał sprawę z *przepuklin mózgowych*, spostrzeganych przez siebie w ciągu ostatnich trzech lat w oddziale chirurgicznym szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Pomijając 2 przypadki *meningocele spuria*, które były wadami nabytemi po urazie, spostrzegał mówca 5 przypadków *cephalocele* wrodzonej, a to 2 u dziewcząt, 3 u chłopców. Z tych było: 2 *Kenencephalocele*, obie u dziewcząt, a) *occipitalis* wielkości przepołowionego jaja strusiego, b) *naso-frotalis* wielkości jaja kurzego: 1. *cyst.-encephalocele sincipitalis* w okolicy gładzinki, wielkości orzecha włoskiego u chłopca; 1. *meningocele naso-ethmoidalis* na granicy między chrząstną a kostną częścią nosa, złożona z trzech drobnych guzków wielkości grochu u chłopca: 1. *Exencephalia* w połączeniu z *cranio* i *rachischisis* u płodu płci męskiej, który zmarł w kilkanaście godzin po urodzeniu (preparat odnośny znajduje się w zbiorach zakładu anatomii patologicznej). Prócz przypadku ostatniego, który był tylko przedmiotem spostrzegania i z wyjątkiem *meningocele naso-ethmoidalis*, leczonej przez nakłócie i ucisk, leczenie pozostałych *cephalocele* zasadzało się na doszczętnem wycięciu guza. Jest to zresztą sposób, od chwili wprowadzania antyseptyki przeważnie panujący, ze względu, że chirurgia nowoczesna

uważa przepukliny mózgowe za wady, dające się porównać z nowotworami i dlatego leczy je podobnie, jak nowotwory.

Wyniki operacyjne, jakie prelegent osiągnął, są pomyślne, bo w trzech przypadkach, leczonych przez wycięcie guza, nastąpiło wyleczenie, czwarty leczony przez nakłócie i ucisk po upływie tygodnia uchylił się od leczenia i dalszej obserwacyi.

Do pokrycia bramy przepuklinowej użył kol. B. w 2 przypadkach okostnej z najbliższego sąsiedztwa otworu, w trzecim zespoił nad bramą szwem tylko opony i płaty skórne, przyczem zwraca uwagę, że według zdania Bergmanna niema potrzeby spieszyć się z zamknięciem plastycznem lub heteroplastycznem ubytku w czaszce, gdyż z biegiem czasu prawdopodobnie sam się zmniejszy. Zaznaczywszy, że Bergmann wyklucza od operacyi jedynie te postacie przepuklin mózgowych, które cechują się: 1) znacznem spłaszczeniem i pomniejszeniem czaszki; 2) wychodzące z czaszki poniżej guza potylicznego przez otwór, sięgający aż do wielkiego otworu potylicznego *(foramen magnum)* i nadto połączone z rozszczepem górnych kręgów szyjnych; 3) przypadki z równoczesnem wybitnem wodogłowiem; 4) przypadki pawikłane innemi wadami rozwojowemi, które same przez się nie rokują utrzymania dziecka przy życiu. — Podnosi prelegent zagadnienie, w jakim okresie wieku należy operować przepukliny u dzieci, zważywszy, że statystyka, zestawiona dotąd, wykazuje zaledwo 5—7% żyjących z wyleczonych zrazu szczęśliwie przez zabieg operacyjny, podczas gdy reszta pomyślnie operowanych ginie zwykle później z powodu wodogłowia. Zgodnie z zapatrywaniem Rydygiera, wyrażonem w pracy Hermana, należałoby raczej odczekać, aż dziecko przekroczy pierwsze 10 lat życia i uchowa się umysłowo i fizycznie dobrze rozwinięte, bo wówczas rokowanie *quo ad valetudinem completam* będzie znacznie lepsze. Wiek dzieci operowanych przez prelegenta wahał się między 2 a 15 miesiącami życia.

W dyskusyi zapytuje kol. Doc. Schramm, czy w przypadku prelegenta rozchodziło się rzeczywiście o tkankę mózgową. Kol. Doc. Bossowski odpowiada, że obecność tkanki mózgowej stwierdzono zapomocą drobnowidu. (Dokończenie nastąpi).

IX. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

6 posiedzenie, dnia 13 kwietnia.

1) Schrötter *jun.* (z Wiednia) podaje krótką wiadomość o przypadku *ropnia gazowego* w ścianie brzusznej.

2) Kraus, A. Kossler i W. Scholz (z Gradcu). *O zawartości tlenu we krwi ludzkiej w stanach chorobowych.* Do ilościowego oznaczenia oksyhemoglobiny we krwi posługiwali się autorowie metodą spektrofotometryczną z pomocą przyrządu Glana. Oznaczali współczynniki wygaśnienia *(Extinktionskoëfficienten)* w drugim pasie absorbcyjnym oksyhemoglobiny w przerwie pomiędzy długościami fal 547—538 μμ. Krew rozcieńczali przy tem sto do stopięćdziesiąt razy; współczynniki wygaśnienia obliczali następnie zawsze w stosunku rozcieńczenia 1:100. Najważniejszym wynikiem 22 doświadczeń na ludziach zdrowych i niedokrewnych było, że zdolność przyjmowania tlenu we krwi ludzi niedokrewnych maleje równolegle z zawartością hemoglobiny, mierzonej współczynnikiem wygaśnienia. Zdolność przyjmowania tlenu obliczona na 1 grm. hemoglobiny wynosiła średnio 1·37 cm^3, a liczba ta zbliża się do liczby podanej przez Hüfnera dla krwi zwierząt, która wynosi 1·34 cm^3.

3) Noorden (z Frankfurtu n. M.). *Leczenie dyetetyczne przewlekłych chorób nerkowych.* (Patrz sprawozdanie w *Przeglądzie lek.* 1899, Nr. 22, str. 304).

Ewald (z Berlina) zaznacza w dyskusyi, że trzyma się podobnych zasad w leczeniu marskości nerek już od dawna z korzystnym wynikiem. Jest on również tego zdania, że rodzaj mięsa i białka w pożywieniu wogóle nie wpływa na ilość wydzielanego azotu. Ograniczenie ilości płynów zmniejsza pracę chorych nerek.

4) Peterson (z Heidelbergi): *O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w łagodnych schorzeniach żołądka.* Na podstawie 77 operacyj, wykonanych w klinice heidelberskiej, dochodzi P. do następujących wniosków:

1) Bezwzględnem wskazaniem było zwężenie odźwiernika z ciężką niedomogą ruchową żołądka; 57 przypadków, z których w 40 przyczyną był wrzód żołądka, w 8 kamica żółciowa, w 4 nadżerki i t. d. 2) Wskazanie względne stanowiły bóle żołądka *(gastralgia)*, uporczywe wymioty, a w tych przypadkach przyczyną był wrzód żołądka 15 razy, kamica żółciowa 2 razy. 3) Niebezpieczne krwotoki żołądkowe zachodziły w 6 przypadkach. — Z tych 77 przypadków ośm, czyli 11%, zakończyło się śmiercią. Wogóle śmiertelność przed r. 1895 wynosiła 22%, od tego czasu 2·3%. Do tego polepszenia przyczyniły się liczne czynniki, przedewszystkiem udoskonalenie sposobów operacyjnych i samej techniki operacyjnej. Gastroenterostomia daje lepsze wyniki, aniżeli wycięcie odźwiernika. Po operacyi sprawność żołądka znakomicie się poprawia, rozstrzeń żołądka ustępuje, czynność ruchowa wraca do stanu prawidłowego, wolny HCl obniża się, a kwas mlekowy znika. Nieraz dostaje się żółć w małych ilościach do żołądka. W miejscu połączenia, wytworzonego sztucznie pomiędzy żołądkiem a jelitami, tworzy się często zwieracz nowy, podobny do odźwiernika.

W rozprawach Ewald, dziękując chirurgom za czynny udział w Zjeździe internistów, co obu gałęziom nauki tylko na korzyść wyjść może: przedstawia w krótkości na szeregu spostrzeżeń obraz, tak zwanej przez siebie *appendicitis larvata*, leżącej również na pograniczu medycyny wewnętrznej i chirurgii. Należą tutaj takie przypadki, które nie przedstawiają klasycznego obrazu zapalenia okątniczego *(perityphlitis, skolikoiditis* podług Nothnagla), lecz odznaczają się przebiegiem długim, trwającym latami, a objawami swymi wskazywać się zdają raczej na chorobę żołądka, wątroby, nerek lub jelit (kolka z wiatrów, nieprawidłowy stolec z domieszką krwi lub śluzu i t. p.), w których wreszcie wywiady nie wykazują dawniej przebytego zapalenia wyrostka. Zazwyczaj chorych takich leczy się bezskutecznie najrozmaitszymi sposobami wewnętrznymi, a w końcu uznaje się ich za neurasteników, histeryków lub nieuleczalnych. Jeżeli u takich chorych uda się w końcu wybadać wyrostek robaczkowy zgrubiały i bolesny, to można przystąpić do operacyi po przeprowadzeniu nadzwyczaj ścisłego rozpoznania różniczkowego, przyczem u kobiet pamiętać należy o wykluczeniu spraw, wychodzących z przydatków macicy *(adnexa)*. Tylko operacyą można usunąć rozmaite dolegliwości i sprowadzić trwałe uleczenie. Mowca od roku 1894 miał 7 takich przypadków, są one więc stosunkowo rzadkie. We wszystkich przypadkach operacya potwierdziła w zupełności rozpoznanie.

5) R. Schütz (z Wiesbadenu). *Rozpoznanie różniczkowe wrzodu żołądka.* Pewne sprawy, toczące się w kiszce grubej, jak nieżyt i zapalenie, dalej zmiany w ułożeniu lub nawet ciężkie zaparcie stolca, a także ogólne opadnięcie trzew brzusznych mogą łudząco naśladować obraz wrzodu żołądka. Tem bardziej możliwa jest pomyłka rozpoznawcza, iż trudno odróżnić ból przy ucisku, pochodzący z żołądka, od bólu z kiszki grubej. Przeto w tych przypadkach, w których rozpoznania wrzodu nie poparł krwotok, należy w każdym razie wykluczyć zajęcie kiszki grubej, a więc obejrzeć stolec. Oczywiście, wykazanie zmniejszenia lub braku wolnego HCl jest w rozpoznawaniu wielce pomocnem.

6) Escherich (z Gradcu). *Przyczynek do wiadomości o prątku okrężniczym (bacterium coli).* Obecnie nazwa *bacterium coli* oznacza gromadę prątków krótkich, pokrewnych sobie postacią i zachowaniem się w hodowli, a odznaczających się następującemi własnościami: brakiem zarodników, odbarwianiem się sposobem Grama, własnościami chorobotwórczemi u zwierząt i silnem rozszczepianiem białka i cukru. To rozszczepianie wywołują w rozmaitym stopniu różne odmiany *bacterium coli*, co można uważać za przystósowanie się czynnościowe prątków do środowiska, w którem żyją, a co również da się użyć do podziału prątków okrężnicowych na odmiany, czyli rozmaite rasy tego prątka.

Znajdujące się w prawidłowym stolcu osesków w czystej prawie hodowli prątki okrężnicowe mogą należeć do jednej lub do kilku odmian tego prątka. Aby rozstrzygnąć to zagadnienie, trzeba się uciec do aglutynacyi zapomocą swoistej surowicy świnek morskich, uodpornionych sztucznie względem pewnej odmiany prątka okrężnicowego. Dr. Smith, przeprowadziwszy na tej zasadzie badania w klinice mowcy, doszedł do wniosku, że w przewodzie pokarmowym każdego człowieka znajduje się odmienna rasa prątka okrężnicowego, właściwa tylko dla tego osobnika. Tak przynajmniej należy sądzić z tej okoliczności, że u pewnego osobnika wywołuje aglutynacyę tylko odpowiednia surowica świńki morskiej, nie okazująca tego działania u innych osobników, u których znowu aglutynacyę wywołują inne surowice, u każdego odrębna.

Doświadczenia te dotyczyły stolców osesków. Oprócz tego pokazało się, że prątki okrężnicowe barwią się rozmaicie sposobem Grama, względnie Weigerta. Przyczyna tego nie jest dotąd dokładnie wyjaśniona.

Nawet prątek okrężnicowy, znajdujący się w stolcu prawidłowym, wywołuje u zwierząt zatrucie. Zdaje się atoli, że prątek okrężnicowy, żyjący w pewnym ustroju, jest tak doń dostósowany, że dla tego jednego ustroju nie jest trujący. Tylko w niektórych chorobowych stanach kiszki grubej można zauważyć wpływ trujący surowicy, podczas kiedy w stanie prawidłowym odczyn ten jest ujemny. Objawy tej sprawy chorobowej kiszki grubej, nazwanej: *colitis contagiosa* lub *colicolitis*, są podobne do objawów zapalenia kiszki grubej. Ze stolca, zmięszanego z krwią i ropą w przypadkach prostych wyhodować można jedynie prątek okrężnicowy, a można też otrzymać dodatnią próbę Gruber-Widala aż do stosunku 1:200. Z podobieństwa do duru można wnosić, że prątek okrężnicowy odgrywa w tej chorobie rolę przyczynową. W przyszłości należy jeszcze rozstrzygnąć, czy te przypadki wchodzą w zakres czerwonki i czy wywołujący je prątek okrężnicowy jest tym samym, co prątek czerwonki, opisany już dawniej przez innych autorów. (C. d. n.)

X. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

I.

Zachęcony przykładem kolegów, którzy, poświęcając czas tu spędzany pracom specyalnym, równocześnie przesyłali „Przeglądowi“ korespondencye, zmierzające do zapoznania czytelników z ogólnym stanem nauk lekarskich we Francyi, stosunkami lekarskimi ogólniejszej natury, pragnę i ja poruszyć podobny przedmiot. A chcąc poniekąd uzupełnić wiadomości, przez nich podane, mam zamiar zwrócić uwagę na organizacyę publicznej służby zdrowia we Francyi, oraz opisać niektóre instytucye i urządzenia, pozostające pod nadzorem organów tej służby.

Kreśląc zarys organizacyi publicznej służby zdrowia, jest rzeczą trudną, jeśli nie niemożliwą, przeprowadzać porównania z naszymi stosunkami. Odmienne stosunki geograficzne kraju, odmienne stosunki społeczne, odmienna forma rządu i sposób administracyi wpłynęły na to, że z jednej strony spotykamy się tu z wieloma urządzeniami, jakich my nie posiadamy, z drugiej zaś brak tu wielu u nas istniejących urządzeń.

Jeśli u nas, domagając się odrębnego ministerstwa sanitarnego, a co za tem idzie ogólnej reformy publicznej służby zdrowia, mamy zupełną słuszność, to pragniemy tylko poprawy wadliwych stosunków, mimo to możemy być jeszcze bardzo zadowoleni z obecnego stanu rzeczy u nas w porównaniu z tem, co istnieje we Francyi. Przecież u nas i dzisiaj lekarz powiatowy przy dobrych chęciach może w sprawach powierzonych jego pieczy zrobić, jeśli nie wszystko, to w każdym razie bardzo wiele, chociażby dlatego, że naprzód wszystko, co dotyczy higieny publicznej i zdrowotności powiatu, łatwo dochodzi do jego wiadomości, a on stanowi najpoważniejszy w tych sprawach czynnik, stanowczo orzekający, powtóre dlatego, że urzędowe jego dochody, zapewniając skromny byt, pozostawiają mu tem samem dosyć czasu do sumiennego spełniania obowiązków urzędowych. Również i zakres działania naszych lekarzy gminnych i okręgowych jest tego rodzaju, że przy poczuciu obowiązków obywatelskich nie tak trudno z zadania się wywiązać. Brak egzekutywy, na który narzekamy, przy takcie w praktyce niebardzo się daje uczuć wobec tego, że posiadamy niezłe ustawy sanitarne, ograniczające dostatecznie wolność osobistą jednostek ze względu na dobro ogółu.

We Francyi lekarzy powiatowych, okręgowych i gminnych w naszem pojęciu właściwie niema, a ich czynności rozdzielone są pomiędzy liczne czynniki. I tak istnieją tu: lekarze chorób nagminnych, lekarze inspektorowie szkół, lekarze wyłącznie dla szczepienia ospy, lekarze przeznaczeni do czuwania nad dziećmi, zajętemi w fabrykach, lekarzy ubogich i t. d. i t. d. Temu podziałowi czynności w zasadzie możnaby nie mieć nic do zarzucenia, gdyby nie jeden wzgląd praktyczny: mianowicie, wynagrodzenie za czynności jest zazwyczaj ryczałtowe i prawie zawsze nadzwyczaj niskie; skutkiem tego odnośny lekarz wszystkie swe siły wytęża dla pozyskania o ile możności jak najliczniejszej klienteli, a stanowisko urzędowe uważa za synekurę, która mu ułatwia tylko zetknięcie się z publicznością i rozszerzenie przez to praktyki lekarskiej. W administracyi panuje nadzwyczaj wielka niejednolitość, rozmaite okręgi różnie się rządzą, a nowy bardzo dobry zresztą projekt ustawy sanitarnej, zaprowadzającej ład w tych stosunkach, od lat paru leży w komisyi parlamentarnej jedynie dlatego, że posłowie socyalistyczni dopatrzyli się w niektórych ustępach zamachu na wolność osobistą wolnego obywatela rzeczypospolitej, a szacunek dla tej wolności (w teoryi!) jest tu posunięty do przesady.

Sprawy sanitarne całego państwa leżą w zakresie działania trzech ministerstw, a mianowicie: ministerstwu handlu i przemysłu przypada w udziale czuwanie nad zdrowotnością wszelkiego rodzaju lokali publicznych, fabryk, warsztatów i t. p., jak również nad małoletnimi robotnikami, zatrudnionymi w przemyśle; ministerstwo rolnictwa zajmuje się sprawami, dotyczącemi epizoocyj i innych chorób zwierzęcych; w końcu ministerstwo spraw wewnętrznych kieruje wszystkiemi innemi sprawami. Jemu podległa jest „*Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques*“, podzielona na liczne sekcye, a pozostająca w stosunkach z akademią lekarską, której rady zasięga w sprawach wątpliwych, a dotyczących ogólnego dobra kraju pod względem higienicznym. Ministerstwa: oświaty, robót publicznych, wojny, marynarki same wykonują nadzór pod względem sanitarnym nad instytucyami sobie podległemi. Bezpośrednio z jednem z wymienionych ministerstw w sprawach sanitarnych znosi się prefekt departamentu [1]). Do pomocy w tych sprawach ma sobie dodaną (jedynie jako organ doradczy) t. zw. „*Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département*“, której członków (w liczbie 7 do 15, zależnie od uznania min. spr. wewn.) sam mianuje na przeciąg 4 lat. Podobne rady znajdują się w każdym okręgu, a zajmują się następującemi sprawami: Zdrowotnością lokali publicznych i mieszkań; chorobami epidemicznemi i endemicznemi; epizoocyami i innemi chorobami zwierząt; propagandą szczepienia ospy; organizacyą pomocy lekarskiej dla ubogich; poprawą stosunków sanitarnych ludności robotniczej i rolniczej; zaopatrzeniem i należytem pomieszczeniem dzieci opuszczonych i moralnie zaniedbanych; zdrowotnością pokarmów i napojów; ulepszeniami miejsc kąpielowych i zdrojowisk; statystyką ze względu na śmiertelność i jej przyczyny; i wreszcie sprawami budowy gmachów publicznych, jak: szkoły, więzienia, koszary i t. p., zakładania wodociągów i kanałów. Departamentalne rady zdrowia wydają swoje orzeczenia we wszystkich sprawach, dotyczących higieny publicznej, poruczonych im przez prefekta i w sprawach, dotyczących równocześnie kilku okręgów lub całego departamentu. Prefekt według swego uznania i po zasięgnięciu w tym kierunku zdania rady departamentalnej ma prawo w stolicy (*chef-lieu*) kantonu utworzyć t. zw. komisyę zdrowia i poruczyć jej sprawę sanitarną okręgu. Rady zdrowia zbierają się co najmniej co 3 miesiące i prócz tego na wezwania odnośnych władz. Jeżeli członek rady nieusprawiedliwi swej nieobecności na 3 z rzędu posiedzeniach, traci swój urząd.

Jak dotąd ustawa nigdzie wyraźnie nie określa stanowiska lekarza; prefekt ma prawo utworzyć rady zdrowia: departamentalną i okręgowe również dobrze z inżynierów, adwokatów, a nawet kupców i ludzi innych zawodów niż

[1]) Francya podzielona jest na 86 departamentów. Każdy departament składa się z kilku okręgów (*Arrondissements*), te znów dzielą się na kantony (*canton*), złożone z kilku, względnie kilkunastu gmin. Naczelnikiem departamentu jest prefekt, okręgiem kieruje podprefekt, obaj są urzędnikami państwowymi, mianowanymi przez rząd. Naczelnika gminy (*maire*) wybiera rada gminna z swego łona. Kierownikiem kantonu jest mer jednej z gmin w skład kantonu wchodzących. Gmina ta nosi wówczas miano: *chef-lieu de canton*:

z lekarzy, byleby umiał dostatecznie uzasadnić wybór przed swą zwierzchnością. W praktyce jednak rzecz przedstawia się wcale korzystnie; w radach zdrowia bowiem zasiadają jako członkowie obok inżynierów, chemików, weterynarzy i t. p. i lekarze, jeżeli nie w większości, to w każdym razie w liczbie zadawalniającej. Lekarz występuje tu w roli czynnej dopiero, że się tak wyrażę, „na placu boju“, to jest tam, gdzie się żadną miarą innym zawodem zastąpić nie da i ogranicza się wtedy do udzielenia porady lekarskiej, do wydania zlecenia i do złożenia sprawozdania; władze zaś administracyjne mogą to sprawozdanie spożytkować, albo wrzucić go do kosza, dopilnować wykonania zlecenia, ale je i zawiesić, lub nawet wydać rozporządzenie wprost przeciwne. O prawie egzekutywy tem bardziej mowy tu być nie może, że lekarz tylko w bardzo rzadkich przypadkach bywa stałym urzędnikiem państwowym.

Niepodobna wyliczać wszystkich okoliczności, wśród których władze z kompetencyi lekarza korzystają; trzebaby w tym celu przetłómaczyć znaczną ilość postanowień ustawy i rozliczne instrukcye. Pozwalam sobie więc tylko przypomnieć, że, jak zauważyłem, czynności lekarskie urzędowe nie gromadzą się zazwyczaj w jednych rękach i wymienię kilka z nich, bardziej zajmujących.

W razie wybuchu epidemii w pewnej okolicy, prefekt, powiadomiony przez merów odnośnych gmin, wysela jednego lub kilku lekarzy, *ad hoc* mianowanych przez siebie. Ci leczą chorych, polecają odkażenie i pozostają zazwyczaj na miejscu aż do wygaśnięcia epidemii, poczem składają sprawozdanie. Jeżeli lekarze epidemii mianowani są na dłuższy przeciąg czasu, a nie są członkami rady zdrowia, to zasiadają w niej z urzędu z głosem doradczym. Lekarze ci otrzymują wynagrodzenie w wysokości zależnej od dokonanych czynności.

Co do szczepienia ospy, niema tu przymusu ustawowego w tem znaczeniu, jak u nas; ponieważ jednak na każdym kroku, czy to dla przyjęcia do szkoły, czy do jakiegokolwiek urzędu, czy do wojska należy się wykazać świadectwem szczepienia, względnie rewakcynacyi, więc w rzeczywistości ludność sama zazwyczaj dokłada starania w tym kierunku, a ze strony władz napotyka na wszelkie możliwe ułatwienia. Krowiankę rozdają zakłady rządowe zgłaszającym się lekarzom bezpłatnie. W każdym departamencie znajduje się pewna ilość lekarzy, wynagradzanych czy to ryczałtowo, czy odpowiednio do podjętych czynności. Są oni obowiązani w miejscowościach okręgu im przydzielonego dokonywać raz do roku szczepienia ospy. O dniu swego przybycia powiadamiają na pewien czas naprzód mera, który obowiązany jest tę wiadomość w odpowiedni sposób ogłosić. W ośm dni potem następują oględziny i powtórne szczepienie w przypadkach ujemnych.

Lekarze inspektorzy szkolni, mianowani przez prefekta na trzy lata, są obowiązani co pewien przeciąg czasu zwiedzać szkoły im przydzielone, zwracać uwagę na zdrowotność i czystość budynków, badać dzieci, których wejrzenie ze względu na stan zdrowia wydaje się podejrzany, jak również te, które nauczyciel, względnie nauczycielka, wskaże jako chore, a następnie zdać sprawę i wykazać usterki, których naprawa leży w zakresie władz administracyjnych.

Tak zwani „*Médecins cantonaux*“ są lekarzami biednych w ścisłem tego słowa znaczeniu. Otrzymują oni 600 fr. rocznego wynagrodzenia i prócz tego 1 fr. za wizytę, czy to u siebie w domu, czy w mieszkaniu chorego; w tym ostatnim przypadku, jeżeli chory mieszka w innej gminie, dolicza jeszcze lekarz wezwany 0·75 fr. za kilometr odległości. W każdej miejscowości mer rokrocznie sporządza spis ubogich i wydaje im odpowiednie blankiety, które lekarz wypełnia. Ubogi dostaje równocześnie spis lekarzy kantonalnych, z pomiędzy których wolno mu wybrać tego, do którego ma większe zaufanie. Lekarstwa otrzymują chorzy na koszt gminy. Instytucyi lekarzy kantonalnych, nadzwyczaj pożytecznej, to tylko możnaby zarzucić, że istnieje ona tylko w niewielu departamentach wschodniej Francyi i Algierze; reszta departamentów nie posiada lekarzy kantonalnych.

Obłąkani, pozostający w domach prywatnych i dzieci do lat dwu, w szczególności zaś dzieci opuszczone (podrzutki), pozostają pod szczególniejszą opieką władz, a osobni lekarze są obowiązani do czuwania nad nimi, do odwiedzania ich co pewien czas i do składania sprawozdań ze swych czynności.

Do tego doliczyćby należało cały szereg innych, mniej lub więcej ważnych czynności urzędowych. W tym jednak kierunku panuje w administracyi ogromna niejednolitość; prawie każdy departament inaczej się rządzi, dlatego ograniczam się tylko do zaznaczenia, że prefektura, jakkolwiek ma prawa zwierzchnicze nad całym departamentem, rozciąga głównie swą opiekę pod względem sanitarnym na gminy wiejskie i małe miasteczka.

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Namiestnictwo lwowskie rozesłało do podwładnych władz politycznych następujący okólnik:

„Jedną z głównych przyczyn rozszerzenia epidemii ospy i duru plamistego w kraju jest niezaprzeczenie znoszenie się z osobami, pochodzącemi z gmin, a względnie z pomieszkań zarażonych — na jarmarkach, odpustach i przy tłumnych wędrówkach robotników. Gdy w najbliższej przyszłości takie gromadzenie się w wielkiej ilości następować będzie częściej, niż kiedyindziej, przeto z okolicznością tą szczególniej liczyć się należy, a celem możliwego powstrzymania szerzenia się wspomnianych zaraźliwych chorób należy wydać odpowiednie zarządzenia.

W pierwszym rzędzie wskazanem jest ściśle sprawdzić wszelkie zaszłe przypadki chorobowe, następnie odpowiednio je odgraniczyć i dla otoczenia nieszkodliwymi uczynić. Jeżeli to się uda, ale w sposób zupełnie niewątpliwy, odpadnie potrzeba zakazu tygodniowych targów, czy jarmarków, tudzież odpustów, przez co z jednej strony uniknie się utrudnień dla ludności, szukającej zarobku, tudzież stworzenia pewnego rodzaju klęski publicznej, a z drugiej strony nie odbierze się możności odwiedzania miejsc pielgrzymki.

Gdyby jednak w jakiej miejscowości dur plamisty albo nagminna ospa były nieco rozszerzone, albo gdyby istniało uzasadnione podejrzenie, że władze zatajają przypadki choroby, wtedy należy mieszkańcom tej miejscowości zakazać odwiedzania targów, tudzież missyj odpustowych. Jeżeli w miejscu, gdzie ma się odbyć jarmark lub odpust, stwierdzono kilka przypadków ospy lub duru plamistego, a miejscowości te nie mogą być dokładnie odosobnione, to przez cały czas trwania epidemii należy zakazać odbywania takich zgromadzeń. O każdem zarządzeniu tego rodzaju ma starosta (względnie prezydent miasta) bezzwłocznie zdać sprawę namiestnictwu.

Wykonanie poczynionych zarządzeń, ażeby osoby z silniej zarazą dotkniętych okolic, albo miejscowości izolowanych, nie mogły brać udziału we wspomnianych zgromadzeniach, należy poruczyć zwierzchnościom gminnym; te zaś należy z naciskiem wezwać do ścisłego czuwania, ażeby nie przekraczano tego zakazu. Równocześnie jednak należy te zwierzchności gminne pouczyć, że najpewniejszym środkiem powstrzymania chorób zaraźliwych jest pielęgnowanie czystości w miejscu i zaopatrzenie ludności w obfitą i dobrą wodę do picia. Wtedy bowiem choroby zaraźliwe, nawet w razie ich zawleczenia, nie znajdą w miejscu sprzyjających warunków do rozwoju i skończy się zatem na kilku sporadycznych przypadkach.

C. k. urzędowemu lekarzowi należy polecić, aby przy każdej sposobności działał we wskazanym kierunku“.

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 sierpnia.

* Walka z gruźlicą weszła w ostatnich czasach na porządek dzienny bieżących spraw społecznych. Walka ta ma dwa cele: podać rękę ratunku tym, którzy rzadko już wracają do zupełnego zdrowia, oraz zatamować drogę szerzeniu się gruźlicy wśród ludności zdrowej. Gruźlica jest groźną dla całego ogółu ludności, więc z łona ogółu wyjść powinno hasło do walki z nią, oraz zapoczątkowanie szeregu czynów ofiarnych, które umożebniłyby ziszczenie wielkich i kosztownych zamiarów ku ochronie zdrowia publicznego.

Umieszczanie chorych gruźliczych w zakładach odosobnionych i odpowiednio położonych, a to tak dla ich leczenia, jak i odosobnienia, jest uznanem dziś za najradykalniejszy środek do zwalczania gruźlicy, jako klęski społecznej. We wszystkich krajach Europy szczerze i skutecznie zakrzątnięto się koło tej ważnej sprawy, a i nasze społeczeństwo nie pozostało bezczynnem. Jak w tylu innych okolicznościach analogicznych, tak i w tem dziele poświęcenia, Warszawa, gromadząc fundusze na budowę zakładu, świeci przykładem ofiarności, w czem lekarze przodują. Spółka akcyjna przygotowuje budowę zakładu dla chorych gruźliczych w Zakopanem, na wzór Görbersdorfu lub Davos. Z najwyższą radością dowiedzieliśmy się, że lwowska kasa chorych zamierza, przy pomocy innych Kas, wystawić własny zakład.

Czem więcej typów lecznic dla chorych gruźliczych, tem cel zamierzony łatwiej się osiągnie. Na społeczeństwo spada święty obowiązek zaopiekowania się tymi wydziedziczonymi, którzy nietylko są chorzy, lecz i w tym stopniu ubodzy, że mogą korzystać z zakładów tylko bezpłatnych, jak dziś bezpłatnie korzystają ze szpitali krajowych. Aż nadto dobrze wiemy, że Wydział krajowy nie szczędzi grosza na cele szpitalne, a wiemy także, że na razie budżet jego nie zniósłby ciężarów nowej inwestycyi; społeczeństwo zatem nie powinno oglądać się na Wydział krajowy, lecz ze swego łona powołać do życia stowarzyszenie dla walki z gruźlicą, mające głównie na oku gromadzenie funduszów, niezbędnych do stwarzania zakładów dla chorych gruźliczych. Kto zna nasze małe zasoby pieniężne i ten niepojęty brak we wszystkich naszych zbiorowych usiłowaniach wpływów groszowych, ten nie będzie się łudzić, ażeby wielkie to dzieło samoochrony prędko się ziścić mogło; lecz raz rozpocząć trzeba, a czem prędzej, tem lepiej.

* Pogrzeb lekarza jest często najwierniejszem, bo już bezstronnem, ocenieniem jego działalności zawodowej. Donoszą nam z Nałęczowa, że oddanie ostatnich posług nieodżałowanemu dyrektorowi tamtejszego zakładu, ś. p. Dr. K. Chmielewskiemu, odbyło się wśród szczerego i głębokiego żalu wdzięcznej ludności. Nie mnogość wieńców, lecz te napisy na wstęgach: »Dobremu opiekunowi chorych«, »Zacnemu obywatelowi kraju«, »Naszemu zacnemu dobrodziejowi«, »Od biedaków, którym swą dobrocią łzy ocierał«, »Ukochanemu koledze«, »Zacnemu człowiekowi«, — od »służby«, od »kelnerów zakładowych«, od »straży ochotniczej«, od »orkiestry« itd. itd., czyż nie stwierdzają one, że z tego świata zeszedł człowiek dobrej woli, idealnych zasad, wzniośle pojmujący zadanie życia ludzkiego? Nad grobem z lekarzy przemówił Dr. A. Puławski, a wzniosła ta mowa może być wyrazem uczuć i myśli wszystkich lekarzy polskich. Cześć pamięci zasłużonego!

* Kiedy dżuma wybuchła w Bombaju, Virchow wyraził przekonanie, że bicz ten nie zagraża Europie, a to tak ze względu na klimat nasz, jak i na słabą rozszerzalność zarazy. Co do klimatu, to nie zmienił się on tak dalece od 100 lat, ażeby zarazek dżumy nie mógł się już dziś w nim plenić; a wszakże jeszcze w r. 1838 epidemia dżumy grasowała na półwyspie bałkańskim. Rozszerzalność dżumy jest w istocie słaba, ale wobec tegoczesnych wzmożonych środków komunikacyjnych nie należy na niej zbytnio polegać; a jako dowód, że słowa Virchowa były optymistyczne, jest pojawienie się przed paru miesiącami dżumy w Aleksandryi, a obecnie w Portugalii, gdzie ją zawlókł okręt, przybywający z Indyi. Rząd portugalski początkowo zatajał tę sprawę; obecnie ogłasza, że dotychczas wydarzyło się w Oporto 39 przypadków dżumy, z których 13 było śmiertelnych.

* Paryski »Conseil d'hygiène« pracuje nad wykryciem źródła, które przyniosło stolicy Francyi epidemię duru brzusznego. Liczba zasłabnięć na dur wynosiła w trzecim tygodniu lipcowym 64 przypadków, w czwartym 104, a w pierwszym sierpniowym 213.

* Rada powiatowa w Gorlicach uchwaliła nadać posadę dyrektora tamtejszego szpitala Drowi S. Krasowskiemu ze Lwowa.

* Wydział krajowy mianował Dr. M. Sołtysika prymaryuszem szpitala w Husiatynie.

* Staraniem łódzkiego chrześciańskiego Towarz. Dobroczynności ma powstać w Łodzi szpital dla obłąkanych na 100 łóżek. Do komitetu budowy szpitala weszli następujący lekarze: Jokiel, Jonszer, Lover Rząd i Tochterman.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu XXXII (6—12 VIII). Małżeństw było 7 (4·35), urodzin 41 (25·46), skonów 45 (27.95). Umarło z gruźlicy osób 16, z krztuśca 2, z płonicy 2, z cholery dziecięcej — 7.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Cannieu mianowany został prof. anatomii w Bordeaux, w miejsce zmarłego Boucharda. Do. Rohmer objął posadę prof. i kierownika kliniki okulistycznej w Nancy. Profesorem chirurgii w żeńskim Instytucie lekar. w Petersburgu mianowany został Dr. Delicyn, katedrę zaś szczegółowej patologii i terapii obejmuje Dr. Wołkow. Dr. Bursze Emil mianowany został miejscowym lekarzem ewangielickiego szpitala w Warszawie, a Dr. Teszner — lekarzem szpitala starozakonnych.

Nekrologia. W Hejdelbergu zmarł w 88 r. życia Robert Wilhelm Bunsen, wielkich zasług i sławy uczony. Urodził się w roku 1811; w 1833 habilitował się jako docent; w r. 1856 mianowany został profesorem zwyczajnym politechniki w Kasselu. Następnie piastował katedrę chemii w Marburgu, Wrocławiu i Heidelbergu. Od r. 1889 usunął się w zacisze pracowni prywatnej. Badania jego w roku 1866 w Islandyi rzuciły nowe światło na wulkany. Bunsenowi świat zawdzięcza wynalezienie palnika gazowego, stosu galwanicznego (jego imienia), światła magnezyowego. Wraz z Kirchhoffem unieśmiertelnił się odkryciem w r. 1860 analizy spektralnej, która poprowadziła umysł ludzki do dalszych odkryć, jak wykrycie rubidu i cesu, wyodrębnionych przez tegoż Bunsena. Pozostawił wielką liczbę prac pierwszorzędnej wartości, które mu zapewniły niespożytą wdzięczność ludzką i wieczną chwałę.

W Gorlicach zmarł w 48 r. życia Dr. Eugeniusz Neumann, wzięty lekarz. Dr. Stanisław Arciszewski, emeryt, zakończył życie w Nowym Dworze. Dr. Józef Kiciński zmarł w Odesie, w 71 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 15: Wojciechowskiego J.: Hydrargyrum colloidale v. hyrgol w cierpieniach przymiotowych. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 33: Dr. Brudzińskiego: Epidemia różyczki. Zięciakiewicza A.: Typy oddechania w zastosowaniu do sztuki śpiewu (dok.). Pechkranca St.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 33: E. W. Zielińskiego: S. p. Józef Majer (wspomnienie pośmiertne). Arnsteina F.: Kilka słów o leczeniu balneoterapeutycznem w chorobach serca. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Doc. dr. Stan. Braun: Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej. Kraków, 1899.

— Prof. dr. Aleks. Rosner: W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych. Kraków, 1899.

— Dr. Ign. Lemberger: Skład chemiczny »Troponu« i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego. Kraków, 1899.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 9083/pr

W celu obsadzenia dwu posad c. k. *koncypistów sanitarnych* z systemizowanymi poborami X. klasy rangi w galic. służbie zdrowia rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 10 września b. r. — Kandydaci winni wnieść swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi po myśli rozporządzenia ministeryalnego z 21 marca 1843, dz. p. p. Nr. 37, oraz w dowody znajomości języków krajowych do Prezydyum c. k. Namiestnictwa w wyznaczonym terminie, a mianowicie kompetenci będący w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, a inni za pośrednictwem właściwych c. k. Starostw, we Lwowie zaś i w Krakowie za pośrednictwem miejscowej c. k. Dyrekcyi policyi.

Powiatowa Kasa dla chorych w *Lisku* ogłasza konkurs na posadę lekarza na okręg sądowy Lisko, z terminem wnoszenia podań do 15 września b. r — Jako wynagrodzenie obowiązuje się kasa płacić 20% od przepisanych opłat kasowych w okręgu Liskim, gwarantując za roczny dochód 500 złr. — Kandydaci z praktyką szpitalną mają pierwszeństwo. — Miasto powiatowe Lisko liczy przeszło 5 tysięcy mieszkańców, a ma obecnie tylko dwóch lekarzy, wobec tego trzeci lekarz może liczyć na dobre powodzenie.

Kasa chorych w *Schodnicy* rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza Kasy. Płaca roczna 800 złr. — dodatek na mieszkanie, opał i światło 400 złr.

Podania do 15-go września b. r. przyjmuje Zarząd Kasy chorych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.